様式第２号（第３条関係）

平成　　　年　　　月　　　日

ほっと保育室利用変更届

池田町長　様

申請者氏名　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録児童 | ふりがな | 男女 | 生年月日 |
| 児童氏名 | H　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 池田町 | 電話番号 |  |
| 園・小学校名 |  |
| かかりつけ医 |  |
| 家族状況 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 勤務先 | 緊急連絡先電話番号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 児童の状況 | 出生時異常 | 無・有（　　　　　　　） | 発育発達 | 気になること： |
| かかった病気等 | １．突発性発疹　２．はしか　３．風しん　４．水ぼうそう　５．おたふくかぜ |
| ６．食物アレルギー（ 牛乳・卵・小麦粉・その他　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ７．熱性けいれん（回数　　　）（最終　　年　　月　　日）（座薬指示　　　　℃以上） |
| ８．喘息・喘息用気管支炎（継続治療中・悪化時のみ治療）（吸入したこと：有・無） |
| ９．飲み薬・注射で具合が悪くなった（種類　　　　　　　）（症状　　　　　　　　） |
| １０．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 入院履歴 | （病名：　　　　　　　　 歳　 か月）（病名：　　　　　　　　 歳　 か月） | （病名：　　　　　　　　 歳　 か月）（病名：　　　　　　　　 歳　 か月） |
| 常時内服している薬 | 薬の名前・回数：　　　　　　　　　 |
| 常時使用している軟膏・吸入薬 | 薬の名前・回数： |
| 予防接種 | ヒブ（　　　回）・肺炎球菌（　　　回）・ポリオ（　　　回）・四種混合（　　　回） |
| BCG・MR（　　　回）・水ぼうそう（　　　回）・日本脳炎（　　　回） |
| B型肝炎（　　　回）・ロタウイルス（　　　回） |
| その他 | 体質（湿疹が出やすい、下痢をしやすい、吐きやすい等）やくせ、心配なこと、配慮して欲しいこと等について、具体的にご記入ください。 |
|  |
| 特記事項 |  |