

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）			
	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							

