

年 月 日
（ 年）

病後児保育事業利用登録変更届

（あて先）和歌山市長

住 所

(フリガナ)
保護者名

電話番号

次のとおり登録内容に変更がありましたので、届け出ます。

フリガナ				生 年 月 日	性 別
児童名				年 月 日 生	男 ・ 女
通園・通学先	電話番号				
家 族 構 成	氏 名	続柄	職業・学校等	連絡先	
緊 急 連絡先	氏名				
	電話		携帯		
かかりつけ 病 院 等	名称			主治医名	
	住所			電話番号	
これまでにかかった病気と予防接種				アレルギーの有無（有・無）	
				<原因となるもの>	
	予防接種	かかった病気			
麻疹（はしか）	（ 済 ・ 未 ）	（ 有 ・ 無 ）			
おたふくかぜ	（ 済 ・ 未 ）	（ 有 ・ 無 ）			
風疹（三日はしか）	（ 済 ・ 未 ）	（ 有 ・ 無 ）			
みずぼうそう	（ 済 ・ 未 ）	（ 有 ・ 無 ）	<その他>		
ポリオ	（ 済 ・ 未 ）				
BCG	（ 済 ・ 未 ）				
インフルエンザ	（ 済 ・ 未 ）				
三種混合	（ 済 ・ 未 ）				
日本脳炎	（ 済 ・ 未 ）				
入院の経験	無 ・ 有（疾患名： _____、 年 月 日 ～ 年 月 日）				
その他（知的面・身体面での特別の配慮が必要など）					