

病児・病後児預かり利用会員子ども登録・変更について

- ①この変更届を使用できるのは、病児・病後児預かり利用説明会に参加し、利用登録をしている会員に限ります。
 ②麻疹の予防接種が済んでいる1歳以上の児童が対象です。
 ③電話での登録はできません。自筆ご記入のうえ、郵送ください。

【 郵送先 】〒169-0075 新宿区高田馬場1-17-20

新宿区社会福祉協議会内
 新宿区ファミリー・サポート・センター

病児・病後児預かり利用会員子ども登録・変更届

会員番号 _____ 会員氏名 _____

連絡先TEL _____

※ 下記の太枠部分を記入下さい

フリガナ 児童氏名	男・女			男・女		
生年月日	年	月	日生	年	月	日生
保育施設 学校等						
かかりつけ医	住所 電話			住所 電話		
熱性痙攣	無・有	回数	回	初回	歳	ヶ月
	保護者の既往歴			無・有		
てんかん	無・有	回数	回	初回	歳	ヶ月
ぜんそく	無・有	回数	回	初回	歳	ヶ月
アトピー	無・有	体の部位()		無・有	体の部位()	
アレルギー	食 事	無・有	(食事制限)		食 事	無・有
	環 境	無・有	(ダニ・ハウスダスト・動物・その他)		環 境	無・有
既往歴	名 称	年 齢	入 院	名 称	年 齢	入 院
				無・有		
常用薬 (病名)	内 服			内 服		
	外 用	その他		外 用	その他	
予防接種 麻疹・風疹 混合(MR)	①	年	月	日	①	年
【確認事項】	<input type="checkbox"/> の内容を確認して☑を入れてください。			<input type="checkbox"/> の内容を確認して☑を入れてください。		
	<input type="checkbox"/> 1歳になっています。			<input type="checkbox"/> 1歳になっています。		
	<input type="checkbox"/> 麻疹の予防接種が済んでいます。			<input type="checkbox"/> 麻疹の予防接種が済んでいます。		

【変更事項】 現在登録している保護者情報に変更があればご記入ください。保護者名 [_____](会員・その他)

住所	〒
TEL	
勤務先	(名称) _____ (TEL) _____