

年度 病児・病後児保育事業利用登録申込書

登録番号	
診察券番号	

東大和市長 殿

年 月 日

病児・病後児保育の利用登録を、次のとおり申し込みます。なお、登録にあたり下記の内容に同意します。

- ①東大和市が住民基本台帳を閲覧し、登録児童が市内に居住していることについて、確認すること。
- ②登園中に発熱等により保護者のお迎えが必要などとき、電話で利用申込すること。
- ③保育中に病状が急変する等、緊急事態が発生したときは、救急病院等へ移送すること。
- ④保育中の病状変化に対し、実施される医療行為を承認すること。
- ⑤保育中に別の病気に感染する可能性について了承すること。
- ⑥キャンセル料について承諾すること。

※大枠内をご記入ください

保護者名

印 (スタンプ印不可)

登 録	ふりがな		性別	生 年 月 日			
	氏 名		男 女	年 月 日 (歳 か月)			
児 童	自宅住所 (〒 -) 東大和市・() 市						
	自宅電話番号: () ・ なし						
	通園施設名	東大和市・() 市 () 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校					
	かかりつけ医	電話 ()					
保護者連絡先							
保 護 者 続 柄 父 (他:)	勤務先名:	(なし・求職中)					
	勤務先電話:	()					
	勤務時間:	時 分	~	時 分			
	通勤時間:	時間		分			
	携帯番号:	()					
保 護 者 続 柄 母 (他:)	勤務先名:	(なし・求職中)					
	勤務先電話:	()					
	勤務時間:	時 分	~	時 分			
	通勤時間:	時間		分			
	携帯番号:	()					
家 族 構 成	続柄	氏 名	年齢				
	父	ふりがな	歳				
	母	ふりがな	歳				
			歳				
新生児期	出生時の異常 無・有 ()	発育・発達	ふつう ・ 健診や通園施設で指摘あり				
予防接種 (これまで受けた予防接種の番号に○と【 】に回数を書いてください)							
1	小児肺炎球菌	【 回】	6	BCG	11	おたふくかぜ	【 回】
2	H i b (ヒブ)	【 回】	7	MR (麻疹・風疹混合)	12	水ぼうそう	【 回】
3	四種混合	【 回】		【 回】	13	インフルエンザ	
4	三種混合	【 回】	8	日本脳炎	【 回】	最後	年 月 接種
5	ポリオ 不活化	【 回】	9	B型肝炎	【 回】	14	その他
	経口生	【 回】	10	ロタ	【 回】		
既往歴 (今までにかかった病気の番号に○と【 】に内容を書いてください)							
1	突発性発疹症		7	喘息・喘息性気管支炎	【 毎日薬を飲んでいる ・ 発作時だけ ・ いない 】		
2	麻疹 (はしか)		8	熱性けいれん	【初回 歳 ヲ月・最後 歳 ヲ月・これまで 回】		
3	風疹 (三日ばしか)				【座薬の指示 なし ・ あり 】		
4	水ぼうそう			家族の熱性痙攣即住歴	なし ・ あり 【 父・母・ 】		
5	おたふくかぜ		9	アレルギー(食品・薬品・その他)	【 】		
6	アトピー性皮膚炎		10	その他	【 】		
入院歴:	なし・あり	歳 ヲ月: 病名	歳 ヲ月: 病名				
常時使用している薬:	なし・あり	病名	薬の名前	1日	回		
その他 (先天性疾患、心配なこと、配慮してほしい事について記入してください)							
利用区分	【 一般 ・ 非課税 ・ 生保 ・ 他市 】		土曜日	行く ・ 休み ・ 不定			