

東大和市長 殿

登録番号	
診察券番号	

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 児 童	ふりがな		性別	生 年 月 日			
	氏 名		男 女	年 月 日 (歳 か月)			
	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)		家族 構 成	続柄	氏 名	年齢
	勤務先電話:	()			父	ふりがな	歳
	勤務時間:	時 分～	時 分				
	通勤時間:	時間 分	母		ふりがな	歳	
携帯番号:	()						
保護者 続柄 母 (他:)	勤務先名:	(なし・求職中)					歳
	勤務先電話:	()					歳
	勤務時間:	時 分～	時 分				歳
	通勤時間:	時間 分			歳		
携帯番号:	()						
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	10	おたふくかぜ	【 回】
2	H i b（ヒブ）	【 回】	7	MR（麻疹・風疹混合）	11	水ぼうそう	【 回】
3	四種混合	【 回】		【 回】	12	インフルエンザ	
4	五種混合	【 回】	8	日本脳炎	【 回】	最後 年 月接種	
5	ロタ	【 回】	9	B型肝炎	【 回】	13	その他
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 カ月・最後 歳 カ月・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 カ月：病名	歳 カ月：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