

令和 8 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

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:	()		
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:		()		
勤務時間:		時 分 ~ 時 分		
通勤時間:		時間 分		
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	Hib (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 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