

平成30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。

※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	自宅住所 (〒 - ) 東大和市・( ) 市				
	自宅電話番号: ( ) ・ なし				
童	通園施設名	東大和市・( ) 市 ( ) 保育園・幼稚園・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	歳	
	通勤時間:	時間 分		歳	
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	歳	
	通勤時間:	時間 分		歳	
家族構成	続柄	氏 名	年齢		
			歳		
			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 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		
常時内服している薬	なし・あり	病名	薬の名前	1日 回	
常時使用している薬	なし・あり	病名	薬の名前	1日 回	
食事制限	なし・あり	具体的に:			
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)					
* 時間を過ぎてからキャンセルした場合のキャンセル料について [ 承諾する ]					

利用区分 【 一般 ・ 非課税 ・ 生保 ・ 他市 】 土曜日 行く ・ 休み ・ 不定