登録番号	
診察券番号	

年度　病児・病後児保育事業利用登録申込書

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　　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		家族構成	続柄	氏　名	年齢
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：（　）		父	ふりがな	歳
			母	ふりがな	歳
					歳
					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 通勤時間：　時間　分 携帯番号：（　）				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　Ｈｉｂ（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　ヵ月・最後　歳　ヵ月・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　ヵ月：病名	歳　ヵ月：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

（令和5年1月改定）