

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 児 童	ふりがな		性別	生 年 月 日		
	氏 名		男	年 月 日		
			女	(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: ()					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		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