

第1号様式

## 令和8年度 病児・病後児保育事業利用登録申込書

東大和市長 殿

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  氏名		性別	生年月日  年月日 (歳か月)			
			男女				
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 父 (他: )	勤務先名: (なし・求職中)			家族構成	父	ふりがな	歳
	勤務先電話: ( )						
	勤務時間: 時 分 ~ 時 分						
	通勤時間: 時間 分						
保護者 母 (他: )	携帯番号: ( )						
	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: ( )							
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	家族の熱性痙攣既往歴 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

(令和8年1月改定)