

病後児保育継続利用申込書 (各病後児施設に必ずご提出ください)

提出日 年 月 日

町田市病児・病後児保育事業の利用に際しては、町田市又は施設の故意又は過失を除き、万一事故が生じても一切異議を申し立てないことを誓約します。

また、個人情報については、法令により個人情報の提供を求められた場合のほか、病気やけがの適切な治療を受ける必要がある場合など、病院や保育施設、小学校その他関係機関に情報提供を行う場合があることを承諾し、以下のとおり申請します。

| | | | | |
|------------------|----------|--------|---------|----------|
| ふりがな 登録児童氏名 | | 男 女 | 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 緊急連絡先 | 第1連絡者・氏名 | 児童との続柄 | TEL ー ー | 勤務先 |
| | | | 携帯 ー ー | TEL ー ー |
| | 第2連絡者・氏名 | 児童との続柄 | TEL ー ー | 勤務先 |
| | | | 携帯 ー ー | TEL ー ー |
| | 第3連絡者・氏名 | 児童との続柄 | TEL ー ー | 勤務先 |
| | | | 携帯 ー ー | TEL ー ー |
| 在籍保育園名 (幼稚園・小学校) | | | 平熱 | 度 |
| かかりつけ医療機関 | 病院名 | 主治医名 | TEL | ー ー |
| | 病院名 | 主治医名 | TEL | ー ー |

以下、当事業に登録するお子様の様子をご記入ください。

1. 既往歴

| | | |
|---------------------|-------------------------|--------------|
| ・突発性発疹 ー 歳 ー 月 | ・麻疹 (はしか) ー 歳 ー 月 | ・風疹 ー 歳 ー 月 |
| ・水痘 (水ぼうそう) ー 歳 ー 月 | ・流行性耳下腺炎 (おたふく) ー 歳 ー 月 | ・百日咳 ー 歳 ー 月 |
| ・熱性けいれん ー 歳 ー 月 | ダイアアップの指示 有 無 | |

2. 生活状況

| | | | |
|----|------------------------------------|---------|---|
| 食事 | 食欲傾向 (多め・普通・少なめ) 好きなもの 嫌いなもの | 普段の食事形態 | 食事に制限がある場合は具体的にご記入ください。 食物アレルギー なし・あり () ありの場合は食物アレルギー疾患生活管理指導表の写しを添付してください。 |
| | 1日 ー 回 便性 (普通・硬め・柔らかめ) | 睡眠傾向 | お昼寝 (約 ー 時間) 寝るときの癖 うつぶせ・仰向け 寝かせかたは？ |

裏面もあります。

| | |
|-------|--|
| 好きな遊び | <ul style="list-style-type: none"> ・好きな遊び ・嫌いなこと・不快なことは？ |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・伝えておきたいこと等 |

3. 予防接種

| | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----|-----|----------------|------|------|---|------|------|---|-----|-------|---|---|
| BCG | 年 | 月 | MR | 1回目 | 年 | 月 | ・2回目 | 年 | 月 | | | | |
| 四種混合 | I期 | 1回目 | 年 | 月 | ・2回目 | 年 | 月 | ・3回目 | 年 | 月 | ・I期追加 | 年 | 月 |
| 五種混合 | I期 | 1回目 | 年 | 月 | ・2回目 | 年 | 月 | ・3回目 | 年 | 月 | ・I期追加 | 年 | 月 |
| 水痘 | 年 | 月 | 流行性耳下腺炎 (おたふく) | 年 | 月 | | | | | | | | |
| 肺炎球菌 | 1回目 | 年 | 月 | ・2回目 | 年 | 月 | ・3回目 | 年 | 月 | ・追加 | 年 | 月 | |
| ヒブ | 1回目 | 年 | 月 | ・2回目 | 年 | 月 | ・3回目 | 年 | 月 | ・追加 | 年 | 月 | |
| その他 | | | | | | | | | | | | | |

4. その他 健康状態 (常備薬・体質傾向・けが等)

| |
|--|
| |
|--|