

2025年

病児保育室継続利用申込書

西暦 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

児童名 (愛称) 性別 (男・女) 西暦 年 月 日生
登録時年齢 (歳 カ月)

通園(通学)施設名 集団保育歴 (年) 病後児施設登録 (無・有 保育園)

かかりつけ医 きょうだい登録 (無・有) 氏名 ()
氏名 ()

自宅及び緊急連絡先

ふりがな 氏名	児童との続柄	自宅及び携帯電話番号	勤務先及び電話番号
第1連絡者 ふりがな		自宅 - -	勤務先
		携帯 - -	TEL - -
第2連絡者 ふりがな		自宅 - -	勤務先
		携帯 - -	TEL - -

予防接種	MR (未・済)	水ぼうそう (未・済)	おたふくかぜ (未・済)
感染症歴	かかったことがある感染症 (なし・あり)	水ぼうそう	才 カ月
	麻疹	おたふくかぜ	才 カ月
	風疹	突発性発疹	才 カ月
これまでの病気	熱性けいれん なし・あり (初回 才 カ月・最後 才 カ月・これまでに 回)	(ダイアアップ指示 なし・あり (°C以上)	
	ぜんそく なし・あり (どのような治療)		
	アトピー性皮膚炎 なし・あり (どのような治療)		
	アレルギー なし・あり (どのような)		
	入院したこと なし・あり (病名 才 カ月)	(病名 才 カ月)	
常備薬	喘息、けいれん等で常時内服している薬があれば、内服時間も含めてお書きください。	内服方法	家庭での薬の飲ませ方をお書きください。 ※スポイト・内服補助ゼリー等が必要であれば、利用時にご持参ください。 粉のまま 水に溶いて その他 ()
睡眠	お昼寝 約 時間 うつぶせ ・ 仰向け 寝かせかたは？	1才未満児は、離乳食の段階・時間、ミルクの量・時間をお書きください。 離乳食段階 (初期・中期・後期) 離乳食時間 時頃 時頃 ミルクの量 _____ ml ミルクの時間 時頃 時頃	
好きな遊び		その他	体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。