

※市及び実施施設使用欄  
登録番号：

保護者記入

病児・病後児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

(申請先)ちくまの森保育園genius

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

なお、記入した個人情報は、千曲市及び実施施設で共有することを承認します。

保 護 者	氏 名	児童との続柄	連絡先(全て記入し、緊急連絡先の□にはレ印を記入)
	※第一連絡先 ふりがな	⑩	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) —
			<input type="checkbox"/> 携帯 — —
			<input type="checkbox"/> 勤務先( ) — (名称 )
※第二連絡先 ふりがな		<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) —	
		<input type="checkbox"/> 携帯 — —	
		<input type="checkbox"/> 勤務先( ) — (名称 )	

登 録 児 童	氏 名	性別	生 年 月 日	
	(ふりがな)	男・女	年 月 日	
	自宅住所 (〒 — )			
	小学校・通園施設等(該当番号に○)		1の時は記入	施設名
	1 保育園・幼稚園等に通園 2 通園していない 3 小学校に通学			電 話 ( )
	かかりつけの医師			
	医療機関名			電話 ( )
	定期的に通院している疾患(該当番号に○) (該当の疾患がある場合は、病名を記入してください。)			
	1 ない 2 ある(病名 )			
常時内服している薬(ぜんそく・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的に記入してください。)				
入院の経験(該当番号に○) (入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。)				
1 ない 2 ある( 歳 箇月頃、病名 )				
その他(保育上配慮してほしいことについて記入してください。) ※食物アレルギーについては、裏面に記載する部分があります。				

※裏面もご記入ください

以下は、わかる範囲で記入してください。

既往歴(今までにかかった病気の番号に○を付け、【 】に必要事項を記入してください。)

1 突発性発疹	12 喘息・喘息様気管支炎
2 麻疹(はしか)	13 アトピー性皮膚炎
3 水痘(みずぼうそう)	14 川崎病【心臓合併症は あり・なし】
4 風しん(三日ばしか)	15 熱性けいれん 【初回 歳 箇月、最後 歳 箇月、 これまで 回】 【座薬の指示は あり・なし】
5 咽頭結膜熱(プール熱)	
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
7 百日咳	16 てんかん
8 ヘルパンギーナ	17 食物アレルギー 【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他 ( )】
9 肺炎	
10 とびひ	18 その他 【具体的に: 】
11 B型肝炎(キャリアーを含む)	

予防接種(これまで受けた予防接種の番号と、【 】内の回数に○をつけてください。)

1 三種混合 【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	9 水痘(みずぼうそう) 【1回目・2回目】
2 不活化ポリオ・生ポリオ 【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	10 インフルエンザ菌b型(ビブ) 【1回目・2回目・3回目・追加】
3 四種混合 【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	11 小児用肺炎球菌 【1回目・2回目・3回目・追加】
4 BCG	12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
5 MR(麻疹・風しん) 【1期・2期】	13 インフルエンザ 【直近は 年 月】
6 麻疹(はしか)	14 ロタウイルス
7 風しん(三日ばしか)	15 B型肝炎
8 日本脳炎 【I期 1回目・2回目・追加・II期】	16 その他