

あま市長 様

病児・病後児保育登録申請書

病児・病後児保育の登録について、次のとおり申請します。

| | | | |
|--------|------------------------|--|----------|
| 利用児童 | 氏名 | ふりがな | 性別 |
| | | | 男 ・ 女 |
| | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 (歳 か月) | |
| | 住所 | 〒 — | 電話 () — |
| | 通所施設等 | 1. 認可保育所 () 2. 認可外保育所 () 3. 小学校 (小学校) 4. 幼稚園 (幼稚園) 5. その他 (自宅で保育・その他) | |
| かかりつけ医 | 医療機関名： 電話 () — | | |

| | | | | |
|-----|----|------|-------|-------|
| 保護者 | 氏名 | 続柄 | 緊急連絡先 | |
| | | | 電話 | () - |
| | | | 勤務先名 | () - |
| | | | 電話 | () - |
| | | 勤務先名 | () - | |

| | |
|--|-------|
| <p>この申請書の情報を、市が事業実施者に提供することに同意します。</p> <p>また、私があま市民である場合、事業の利用に係る費用を決定するために世帯員の市民税等税額に関する公簿を市が閲覧し、その情報を市が事業実施者に提供することに同意します。</p> | 保護者氏名 |
|--|-------|

別紙

利用児童の状況

| | | | |
|----|--|----|--|
| 愛称 | | 性格 | |
|----|--|----|--|

これまでに受けた予防接種について、該当する箇所に○を付けてください。

| | | | |
|---------|----------------|-----------------|----------------|
| B C G | 未・済 | B型肝炎 | 未・（1・2・3回目） |
| ヒブ | 未・（1・2・3回目）・追加 | 小児用肺炎球菌 | 未・（1・2・3回目）・追加 |
| 3種混合 | 未・（1・2・3回目）・追加 | ポリオ | 未・（1・2・3回目）・追加 |
| 4種混合 | 未・（1・2・3回目）・追加 | 麻しん、風しん (MR) | 未・1期・2期 |
| 水ぼうそう | 未・（1・2回） | おたふくかぜ | 未・（1・2回） |
| 日本脳炎 | 未・（1・2回）・追加・2期 | ロタ | 未・（1・2・3回目） |
| インフルエンザ | 未・（ 年 月、 月） | その他 | |

今までにかかった病気について、該当する番号に○を付けてください。

| | | |
|--------------------|-------------------|--------------|
| 1. 水痘（水ぼうそう） | 2. 麻疹（はしか） | 3. 風疹（3日はしか） |
| 4. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 5. 突発性発しん | 6. 百日咳 |
| 7. 川崎病（心臓合併症 有・無） | 8. B型肝炎（キャリアを含む。） | 9. てんかん |
| 10. アトピー性皮膚炎 | 11. その他（ ） | |

その他 ※出来るだけ詳細に記入して下さい。

| | | |
|----------------|---------------------------------------|---------------------|
| 熱性 けいれん | 無・有 | 回数（ 回） |
| | | 初回（ 歳 か月）、最後（ 歳 か月） |
| | | 抗けいれん薬（無・有）使用方法（ ） |
| 喘息・喘息様 気管支炎 | 無・有 | 薬剤名（ ）（ 毎日・増悪時 ） |
| アレルギー | 無・有 | 内容（ ） |
| | | 症状（ ）、エピペン（ 無・有 ） |
| 入院の経験 | 無・有 | （ 歳 か月 : 病名 ） |
| | | （ 歳 か月 : 病名 ） |
| 常用薬 | 無・有 | 薬剤名（ ） |
| その他 | 成長発達面や障害等、配慮してほしいことや心配なことなどを記入してください。 | |