|  |
| --- |
| ※市及び実施医療機関使用欄  登録番号： |

様式第１号（第６条関係）

**上田市病児・病後児保育利用登録申請書**

年　　　月　　　日

（申請先）上田市長

（申請者）　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録申請します。

　　なお、記入した個人情報は、上田市及び実施医療機関で共有することを承認します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | 男・女 | 生年月日 | | | 西暦　　　　年　　月　　日 | |
| 児童氏名 |  | | | | | |
| 住所 | (〒 － ) | | | | | | | | | | | |
| 保護者等 | 氏　名 | | | | 続柄 | 緊急連絡先 | | | | 勤務先 | | 勤務先電話番号 |
|  | | | |  |  | | | |  | |  |
|  | | | |  |  | | | |  | |  |
| 就園・就学 | １ 就園・就学している  ２ 就園・就学していない | | | | | | 園校名  電話番号　　　 　　－ 　　　 － | | | | | |
| かかりつけの医師 | | | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　－ | | | | | | | | | |
| 常時内服薬 | | 喘息・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。 | | | | | | | | | | |
| 通院状況 | | 定期的に通院している疾患について記入してください。  １ ない　　２　ある（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 入院の経験 | | １ ない　　２　ある（　　　　歳　　　ヵ月頃　　病名　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 既往症 | | １ 突発性発疹  ２ 水ぼうそう  ３ 風しん  ４ おたふくかぜ | | ５ 喘息・喘息様気管支炎  ６ アトピー性皮膚炎  ７ 川崎病　　　　　　　（心臓合併症 あり・なし） | | | | ８ 熱性けいれん（座薬指示あり・なし）  （初　 歳　ヵ月、最後　 歳　ヵ月、　　回）  ９ てんかん  10 その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| アレルギー | | 食事　　なし・あり（牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他：　　　　　　　　　　）  　　　　食事制限の程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  薬　　　なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  環境　　なし・あり（ダニ・ハウスダスト・動物・その他：　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 予防接種 | | １ ロタウイルス  ２ インフルエンザ菌ｂ型（ヒブ）（Ⅰ期①・②・③・追加）  ３ 小児用肺炎球菌（①・②・③・追加）  ４ Ｂ型肝炎（①・②・③）  ５ 四種混合（Ⅰ期①・②・③・追加）  ６ ＢＣＧ  ７ ＭＲ（麻しん・風しん）（１期・２期）  ８ 水痘（水ぼうそう）（①・②） | | | | | | | ９ 日本脳炎（Ⅰ期①・②・追加・Ⅱ期）  10 三種混合（Ⅰ期①・②・③・追加）  11 ポリオ（生①・②、不活化①・②・③・追加）  12 麻しん  13 風しん  14 おたふくかぜ  15 インフルエンザ（直近 年 月）  16 その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 保育時の注意 | | 保育する上で配慮してほしいことについて記入してください。 | | | | | | | | | | |