

市及び実施施設使用欄
登録番号：

駒ヶ根市病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

(申請先)駒ヶ根市長
(子ども課)

申請者 住所
氏名

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、駒ヶ根市及び実施施設で共有することを承認します。

登録希望実施施設：□すずらん病児保育室 □おひさまハウス □とことこ

利 用 者 （ 保 護 者 ）	氏 名	児 童 と の 続 柄	連 絡 先 (すべて記入し、緊急連絡先の□にはレ印を記入)
	※第一連絡先		☐ 自宅電話 ☐ 携帯電話 ☐ 勤務先電話 (名称)
	※第二連絡先		☐ 自宅電話 ☐ 携帯電話 ☐ 勤務先電話 (名称)

登 録 児 童	氏 名	性別	生 年 月 日
	(ふりがな)	男・女	年 月 日
	通園・通学施設等(該当番号に○)		施設名
	1 通園又は通学先 2 通園又は通学していない		
	かかりつけの医師 医療機関名		
	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。)		
	1 ない 2 ある ()		
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

(裏)

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	11 川崎病【心臓合併症 ない・ある 】
2 麻疹(はしか)	12 熱性けいれん 【 ない・ある 】 【初回 歳 か月、最後 歳 か月 、 これまで 回 】 【坐薬の指示は ない・ある 】
3 水痘(みずぼうそう)	
4 風しん(三日ばしか)	
5 咽頭結膜熱(プール熱)	
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	13 アレルギー【 ない・ある 】 ☐ 牛乳 ☐ 卵 ☐ 牛肉 ☐ そば ☐ 大豆 ☐ 小麦 ☐ その他 ()
7 百日咳	
8 ヘルパンギーナ	
9 手足口病	14 その他 【具体的に： 】
10 喘息・喘息様気管支炎	

予防接種(これまで受けた予防接種に○を付け、【 】に回数を記入してください。)		
1 ヒブ 済【 回】・未	2 小児肺炎球菌 済【 回】・未	3 B型肝炎 済【 回】・未
4 ロタ 済【 回】・未	5 四種混合 済【 回】・未	6 五種混合 済【 回】・未
7 BCG 済・未	8 麻疹・風しん 済【 回】・未	9 水痘 済【 回】・未
10 日本脳炎 済【 回】・未	11 おたふく風邪 済【 回】・未	
12 インフルエンザ済【 回 最終接種日 年 月 日】・未		

家族の状況

続柄	氏 名	生年月日	勤 務 先	連 絡 先

市町村記入欄

台帳番号：

台帳登録日：