

# 病児保育室利用登録申込書

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、万一事故が生じても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	西暦 年 月 日生	性別 男・女
通園（通学）施設名	病後児施設登録 なし・あり	
かかりつけ医	きょうだい登録 なし・あり	

緊急連絡者	児童との続柄	自宅及び携帯電話番号	勤務先
ふりがな		自宅	勤務先
		携帯	TEL
ふりがな		自宅	勤務先
		携帯	TEL

予防接種歴	MR 未・済	水ぼうそう 未・済	おたふくかぜ 未・済
感染症歴	麻疹 才 ヲ月	風疹 才 ヲ月	水ぼうそう 才 ヲ月
	おたふくかぜ 才 ヲ月	突発性発疹 才 ヲ月	
熱性けいれん	なし・あり 初回 才 ヲ月/最後 才 ヲ月/これまでに 回	ダイアップ指示 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 ヲ月 / 病名 才 ヲ月	

常備薬（薬の種類、内服時間など）	内服方法（家庭での薬の飲ませ方）
お昼寝の寝かせ方は？	好きな遊び
約 時間 うつぶせ・仰向け	
体調やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあれば、具体的に記入してください	