

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) _____ 印

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	→		園校名 _____				
	2 就園・就学していない			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 カ月頃 病名 _____)							
既往症	1 突発性発疹		5 喘息・喘息様気管支炎		8 熱性けいれん (座薬指示あり・なし)			
	2 水ぼうそう		6 アトピー性皮膚炎		(初 歳 カ月、最後 歳 カ月、			回)
	3 風しん		7 川崎病					
	4 おたふくかぜ		(心臓合併症 あり・なし)		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		9 日本脳炎 (I期①・②・追加・II期)					
	2 インフルエンザ菌b型(ヒブ) (I期①・②・③・追加)		10 三種混合 (I期①・②・③・追加)					
	3 小児用肺炎球菌 (①・②・③・追加)		11 ポリオ(生①・②、不活化①・②・③・追加)					
	4 B型肝炎 (①・②・③)		12 麻しん					
	5 四種混合 (I期①・②・③・追加)		13 風しん					
	6 BCG		14 おたふくかぜ					
	7 MR(麻しん・風しん)(1期・2期)		15 インフルエンザ(直近 年 月)					
	8 水痘(水ぼうそう)(①・②)		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。							