

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） _____ ⑩

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 9 てんかん 4 おたふくかぜ (心臓合併症 あり・なし) 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。									