|  |
| --- |
| ※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 ＢＣＧ７ 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。 |