

令和8年度

病児保育室利用登録申請書

※必ずすべてご記入ください。また、在籍園や学年等は令和8年4月段階で記入してください。

記入日：R 年 月 日

申請者名：

|          |          |                               |    |     |                      |
|----------|----------|-------------------------------|----|-----|----------------------|
| 登録<br>児童 | 児童氏名     |                               | 愛称 | 性別  | 生年月日                 |
|          | ふりがな     |                               |    | 男・女 | H・R 年 月 日<br>( 歳 カ月) |
|          | 自宅住所     | (〒 - ) 市                      | 番地 |     |                      |
|          | 連絡先      | -                             |    |     |                      |
|          | 通園施設名    | 始良市・( )市( )保育園・幼稚園・小学校/ 学年( ) |    |     |                      |
|          | その他利用施設名 | 学童( )/放課後デイ( )/療育施設( )        |    |     |                      |
| かかりつけ医   | なし・あり( ) |                               |    |     |                      |

|                 |    |                    |    |
|-----------------|----|--------------------|----|
| きょうだい<br>(本人除く) | 続柄 | 氏名                 | 年齢 |
|                 |    |                    | 歳  |
|                 |    | ( )高・中・小・幼・保/学年( ) |    |
|                 |    |                    | 歳  |
|                 |    | ( )高・中・小・幼・保/学年( ) |    |
|                 |    |                    | 歳  |
|                 |    | ( )高・中・小・幼・保/学年( ) |    |

|            |       |          |
|------------|-------|----------|
| 保護者連絡先     |       |          |
| 保護者氏名      | 職場    |          |
|            | 勤務地   | ( )市・町・村 |
|            | 職場連絡先 | -        |
| 続柄( )      | 携帯電話  | -        |
| 保護者氏名      | 職場    |          |
|            | 勤務地   | ( )市・町・村 |
|            | 職場連絡先 | -        |
| 続柄( )      | 携帯電話  | -        |
| 予約者メールアドレス |       |          |

※入室の可否をメールにてお知らせしますので必ずアドレスをご記入ください。

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| 周産期  | 在胎週数( )週 出生体重( )g 異常…なし・あり( ) |
| 乳幼児期 | 発達の問題 なし・あり( )                |

|          |            |                |                |                |
|----------|------------|----------------|----------------|----------------|
| 予防<br>接種 | 1.Hib (ヒブ) | 受けていない・受けた( )回 | 2.肺炎球菌         | 受けていない・受けた( )回 |
|          | 3.B型肝炎     | 受けていない・受けた( )回 | 4.四種混合         | 受けていない・受けた( )回 |
|          | 5.ロタ       | 受けていない・受けた( )回 | 6.五種混合         | 受けていない・受けた( )回 |
|          | 7.BCG      | 受けていない・受けた( )回 | 8.MR (麻疹・風疹混合) | 受けていない・受けた( )回 |
|          | 9.水痘       | 受けていない・受けた( )回 | 10.日本脳炎        | 受けていない・受けた( )回 |
|          | 11.おたふくかぜ  | 受けていない・受けた( )回 | 12.その他         | ( )            |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| か<br>か<br>っ<br>た<br>病<br>気 | 1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ           |
|                            | 6.熱性けいれん( 回)(最後は 年 月 日)(座薬の指示: なし・あり____°C以上) |
|                            | 7.喘息および喘息性気管支炎( 継続治療中・悪化時治療のみ)                |
|                            | 8.アトピー性皮膚炎 9.その他( )                           |
| 入院歴                        | なし・あり(病名: いつ: 歳 カ月)(病名: いつ: 歳 カ月)             |

|  |                      |                     |
|--|----------------------|---------------------|
| 堂<br>時<br>内<br>服<br>し<br>て<br>い<br>る<br>薬              | 内服薬                  | なし・あり(内服薬の名前: 回数: ) |
|  | 軟膏                   | なし・あり(軟膏の名前: 回数: )  |
|  | 吸入薬                  | なし・あり(吸入薬の名前: 回数: ) |
| 食物アレルギー  | なし・あり( )除去食 なし・あり( ) |                     |
| 食べさせたことのある食材 ( えび ・ かに ・ クルミ ・ 小麦 ・ そば ・ 卵 ・ 乳 ・ 落花生 ) |                      |                     |

|             |   |
|-------------|---|
| そ<br>の<br>他 | <p>*体質(薬物アレルギー等)やくせ、入眠方法など、初めての環境でご心配なこと、配慮してほしいことがありましたら、具体的にご記入ください*</p> <p>(例)熱が出ると嘔吐・蕁麻疹が出やすい、便がいつも軟らかい。人見知り・場見知りが激しい、言葉の発達がゆっくり、活動の切り替えが苦手…など</p> <p>具体的にご記入ください</p> |
|-------------|---|