

令和8年度用

様式第1号(第7条関係)

(表)

箕輪町及び実施施設使用欄  
登録番号:

箕輪町病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

(宛先)箕輪町長

申請者(保護者) 住所

署名又は記名押印

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、記入した個人情報を、箕輪町及び実施施設が共有することについて承諾します。  
 また、実施施設及び通園・通学施設等が、適切な保育を実施するために登録児童の情報を共有することについて承諾します。

登録希望実施施設 :  病児保育室「いちごハウス」  病児保育室「あるぷす」

利用者 (保護者)	氏名	児童との続柄	連絡先 (すべて記入し、緊急連絡先は□にレ印を記入)
	※第1連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 (名称 )
	※第2連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 (名称 )

登録	氏名	性別	生年月日
	(ふりがな)	男・女	年 月 日
録	通園・通学施設等(該当番号に○) 1 通園又は通学 2 通園又は通学していない		1の時は記入 施設名
	かかりつけの医療機関及び医師		
児	定期的に通院している疾患(該当番号に○)(該当の疾患がある場合は、病名を記入してください。) 1 ない 2 ある(病名 )		
	常時内服している薬(ぜんそく・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。) 1 ない 2 ある ( )		
	入院の経験(該当番号に○)(入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。) 1 ない 2 ある( 歳 箇月頃、病名 )		
童	その他(保育上配慮してほしいことについて記入してください。) ※食物アレルギーについては、裏面に記載する部分があります。		

※裏面もご記入ください

(裏)

以下は、確認できる範囲で記入してください。

既往歴 (今までにかかった病気の番号に○を付け、【 】に必要事項を記入してください。)	
1 突発性発疹 <sup>しん</sup>	11 川崎病【心臓合併症 ない・ある 】
2 麻疹(はしか)	12 熱性けいれん 【 ない・ある 】
3 水痘(みずぼうそう)	【 初回 歳 か月、最後 歳 か月 】
4 風しん(三日ばしか)	【 これまで 回
5 咽頭結膜熱(プール熱)	【坐薬の指示は ない・ある 】
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	13 アレルギー【 ない・ある 】
7 百日咳 <sup>せき</sup>	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦
8 ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> その他 ( )
9 手足口病	14 その他
10 喘息・喘息様気管支炎 <sup>ぜん</sup>	【具体的に： 】

予防接種 (接種状況について「○」をつけ、【 】に回数を記入してください。)		
1 小児肺炎球菌 済【 回】・未	2 B型肝炎 済【 回】・未	3 五種混合 済【 回】・未
4 四種混合 済【 回】・未	5 Hib 済【 回】・未	6 三種混合 済【 回】・未
7 ポリオ 済【 回】・未	8 ロタ 済【 回】・未	9 BCG 済 ・ 未
10 麻疹・風しん 済【 回】・未	11 水痘 済【 回】・未	12 日本脳炎 済【 回】・未
13 おたふくかぜ 済【 回】・未	14 インフルエンザ 済【最終接種日 年 月 日】・未	

家族の状況

続柄	氏 名	生年月日	勤 務 先	連 絡 先
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

町記入欄

台帳番号：

台帳登録日：