

中川村及び実施施設使用欄  
登録番号：

中川村病児・病後児保育利用登録申請書

令和 年 月 日

(申請先)中川村長

申請者 住所  
氏名

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、中川村及び実施施設で共有することを承認します。

利 用 者 (保 護 者)	氏 名	児 童 と の 続 柄	連 絡 先 (すべて記入し、緊急連絡先の□にはレ印を記入)
	※第一連絡先		<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 (名称 )
	※第二連絡先		<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 児 童	氏 名	性別	生 年 月 日
	(ふりがな)	男・女	平成 年 月 日
	通園・通学施設等(該当番号に○) 1 通園又は通学先 2 通園又は通学していない		1の時は記入 → 施設名
	かかりつけの医師 医療機関名		
	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 )		
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、わか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	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 】 【初回 歳 か月、最後 歳 か月 これまで 回】 【坐薬の指示は ない・ある 】
3 水痘(みずぼうそう)	
4 風しん(三日ばしか)	
5 咽頭結膜熱(プール熱)	
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	13 アレルギー【 ない・ある 】 <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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
7 百日咳	
8 ヘルパンギーナ	
9 手足口病	14 その他 【具体的に： 】
10 喘息・喘息様気管支炎	

予防接種(これまで受けた予防接種に○を付け、【 】に回数を記入してください。)		
1 BCG 済・未	2 ポリオ 済【 回】・未	3 三種混合 済【 回】・未
4 四種混合 済【 回】・未	5 ヒブ 済【 回】・未	6 小児肺炎球菌 済【 回】・未
7 麻疹・風しん 済【 回】・未	8 日本脳炎 済【 回】・未	9 ロタ 済【 回】・未
10 水痘 済【 回】・未	11 おたふく風邪 済【 回】・未	12 B型肝炎 済【 回】・未
13 インフルエンザ 済【 回 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

市町村記入欄

台帳番号：

台帳登録日：