

様式第 1 号（第 9 条関係）

受付日	年 月 日
登録番号	

年 月 日

（宛先） 小金井市長

小金井市病児・病後児保育事業利用登録申込書

申込者 住 所：小金井市 町

氏 名：

次のとおり小金井市病児・病後児保育事業利用登録の申込みをします。

(ふりがな)		性別	男 / 女		
児童氏名		生年月日	年 (満	月 歳	日 か月)
通園施設名		電話番号 (通園施設)	()		
保護者①	氏名		電話（自宅・携帯）	()	
続柄	勤務先名		電話番号（職場）	()	
()	勤務先住所	(〒 -)	通勤時間（片道）：約 分		
保護者②	氏名		電話（自宅・携帯）	()	
続柄	勤務先名		電話番号（職場）	()	
()	勤務先住所	(〒 -)	通勤時間（片道）：約 分		
出生体重	g (週)	かかりつけ医 (医院名)	電話番号 ()		
既往歴	喘息 / アトピー / 川崎病 / 肝炎（B型・C型） その他（具体的に御記入ください。） []				
	アレルギー	無し / 有り（具体的な内容を御記入ください。） []			
	アナフィラキシー	無し / 有り（回数・年齢を御記入ください。） []			
	痙攣発作	無し / 有り（診断名、発作の起こった年齢・回数を御記入ください。） [診断名： 年齢： 回数：]			
体質	熱が出やすい / 下痢をしやすい / 中耳炎になりやすい / 皮膚トラブルが多い 咳や鼻水が長引く / のどがはれやすい / 鼻がつまりやすい その他（具体的に御記入ください。） []				
予防接種	月齢に応じて受けている（以下、記載不要） / 受けていないものがある（受けていないものにレ点）				
	☐ BCG ☐ 4種混合（3種混合＋ポリオ）（ 回目） ☐ MR（ 回目） ☐ おたふく（ 回目） ☐ 水痘（ 回目） ☐ ヒブ（ 回目） ☐ B型肝炎（ 回目） ☐ ロタウイルス（1価の場合 回目 / 5価の場合 回目） ☐ 肺炎球菌（ 回目） ☐ 日本脳炎（ 回目）				
常備薬	無し ・ 有り （具体的な内容を御記入ください。） []				