

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 月 日 (満 歳 か月)	
通園施設名		電話番号 (通園施設)	()	
保護者① 続柄 ()	氏名		電話 (自宅・携帯)	()
	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 続柄 ()	氏名		電話 (自宅・携帯)	()
	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)		
	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 4種混合 (3種混合+ポリオ) (回目) <input type="checkbox"/> MR (回目) <input type="checkbox"/> おたふく (回目) <input type="checkbox"/> 水痘 (回目) <input type="checkbox"/> ヒブ (回目) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (回目) <input type="checkbox"/> ロタウイルス (1価の場合 回目 / 5価の場合 回目) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (回目) <input type="checkbox"/> 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。) []		