

様式第1号（第6条関係）

塩尻市病児・病後児保育事業利用登録（変更）申請書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

申請者（保護者）住所

氏名

電話番号

塩尻市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録（変更）申請します。
 なお、記入した個人情報、塩尻市及び実施施設で共有することを承認します。

フリガナ				男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名						(歳 か月)
保護者の 状況	氏名	続柄	緊急連絡先	勤務先	勤務先電話番号	
通園・通学施設等						
施設名 _____			施設電話番号 _____			
(該当番号に○をしてください。)						
1 保育園・幼稚園・認定こども園		2 認可外保育施設				
3 小学校（3年生まで利用可）		4 通園・通学はしていない		5 その他		
かかりつけの 医療機関	名称		被保険者記号・番号			
	電話番号		平常時体温		℃	
予防接種	(○で囲んでください。) Hib (未・①・②・③・追加) 肺炎球菌 (未・①・②・③・追加) B型肝炎 (未・①・②・③) 四種混合 (未・①・②・③・追加) BCG (未・①) MR (未・①・②)			水痘 (未・①・②) 日本脳炎 (未・①・②・③・追加) ロタウイルス ロタリックス (未・①・②) ロタテック (未・①・②・③) その他 ()		
既往歴	(○で囲んでください。) 麻しん・風しん・水ぼうそう・おたふく風邪・百日咳・てんかん 喘息・突発性発疹・熱性けいれん(最後 歳の時、℃で起こした。) その他かかりやすい病気 () ※入院経験 無・有 (歳 か月、病名)					
アレルギー	食事 無・有 () 薬 無・有 薬名 () 環境 無・有 (ダニ・ハウスダスト・動物・その他) アルコール手指消毒 無・有					
薬	常時内服している薬		病名	薬剤名		
	症状が出た時に服薬する薬		病名	薬剤名		
保育する際の 注意事項	保育する上で配慮してほしいことを記入してください。 通所している施設における個別対応の 無・有					