

稲城市病児・病後児保育児童登録票

以下の記載内容のとおり、稲城市病児・病後児保育事業の登録を申し込みます。利用にあたって下記の事項について同意します

- ① この登録票を「コロボックル」と「ばんび」の両施設で使用する事
② 稲城市が利用に必要な個人情報を実施施設に提供すること
③ 稲城市が実施施設から利用者の個人情報を含む実施内容について報告を受けること
④ 病状の悪化及び施設利用期間での感染について責任を問わないこと

令和8年度

No.

児童の氏名	フリガナ		性別	生年月日		年齢
			男・女	H・R	年 月 日	才 ヶ月
申請者(保護者)	住所					
	氏名	父フリガナ	母フリガナ			
	電話番号	()		電話番号	()	
	勤務先住所 市内在勤者は必須					
緊急連絡先 (携帯電話・勤務先等)	連絡先① ()		(勤務先名など)			
	連絡先② ()		(勤務先名など)			
通園・通学施設等	保育所等、保育施設に ①入所している ②入所していない					
	(施設名・学校名：)					
主治医	医療機関名		(電話番号)			
	担当医師					
アレルギー	有・無(有の場合は食品以外を記入：)					平熱 . 度

既往歴(今までにかかった病気の番号に○をつけてください)

1 突発性発疹	14 湿疹
2 麻疹(はしか)	15 喘息・喘息様気管支炎
3 水痘(水ぼうそう)	(毎日薬を飲んで いる ・ いない ・ 発作時だけ)
4 風しん(三日ばしか)	(毎日吸入療法をして いる ・ いない ・ 発作時だけ)
5 咽頭性結膜炎(プール熱)	16 アトピー性皮膚炎
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	(治療は 内服薬 ・ 食事療法)
7 百日咳	17 川崎病(心臓合併症 あり ・ なし)
8 ヘルパンギーナ	18 B型肝炎(キャリヤー ・ キャリヤーでない)
9 手足口病	19 熱性けいれん
10 伝染性紅斑(りんご病)	(・ 初回 歳 ・ 最後は 歳・これまでに 回)
11 中耳炎	20 食物アレルギー
12 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)	ミルク、卵、鶏肉、牛肉、ソバ、大豆、小麦、その他()
13 とびひ	21 その他()

予防接種(これまでに受けたものの番号に○をつけ、接種年月日を御記入ください)

1 ロタウイルス	1回 H・R 年 月 日	6 BCG	H・R 年 月 日	
	2回 H・R 年 月 日	7 水痘	H・R 年 月 日	
	3回 H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
2 インフルエンザ菌 b型(Hib)	H・R 年 月 日	8 麻疹風しん(MR)	1期 H・R 年 月 日	
	H・R 年 月 日		2期 H・R 年 月 日	
	3 小児肺炎球菌	H・R 年 月 日	9 日本脳炎	1期1回 H・R 年 月 日
		H・R 年 月 日		1期2回 H・R 年 月 日
H・R 年 月 日		1期追加 H・R 年 月 日		
H・R 年 月 日		2期 H・R 年 月 日		
4 B型肝炎	1回 H・R 年 月 日	10 おたふくかぜ	H・R 年 月 日	
	2回 H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	3回 H・R 年 月 日			
5 四・五種混合 (どちらかに○を つけてください) (注)	1回 H・R 年 月 日	11インフルエンザ (最新の接種日)	H・R 年 月 日	
	2回 H・R 年 月 日		H・R 年 月 日	
	3回 H・R 年 月 日	12新型コロナ (最新の接種日)	H・R 年 月 日	
			H・R 年 月 日	
追加 年 月 日	13 その他 ()	H・R 年 月 日		
		H・R 年 月 日		

(注) 市では「ジフテリア・百日せき・ポリオ・破傷風及びヒブの予防接種」のことを「五種混合予防接種」と呼びます。

配慮してほしい点(食事制限、薬物アレルギー等)