

別記

第1号様式（第7条関係）

大田区病児保育送迎事業事前登録申請書

年 月 日

病児保育施設

_____施設長 様

申込者（保護者） 氏 名 _____

住 所 _____

大田区病児保育送迎事業の利用にあたり、次のとおり、事前登録します。

乳幼児・児童	(フリガナ) 氏 名	生年月日	年 月 日
		男・女	(歳 か月)
緊急連絡先	氏 名	連絡先 1	連絡先 2
	続 柄	父・母・その他 ()	父・母・その他 ()
	勤 務 先		
	勤務先電話		
	携 帯 電 話		
在学・在園名	保育園 電 話		
かかりつけ医	病院・医院 電 話		

※ 以下項目について、大田区病児保育送迎事業を利用する病児保育施設において既に利用登録等により、同じ内容を報告している場合は、病児保育施設に同意のもと記入の省略を可とする。

(記入を省略した場合は、項目右の☑をつけること)

予 防 接 種	これまでに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の回数に ○ を付けてください。	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 三種混合【1期1回 2回 3回 追加】 <input type="checkbox"/> 生ポリオ【1回 2回】 <input type="checkbox"/> 四種混合【1期1回 2回 3回 追加】 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ【1回 2回 3回 4回】 <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合【1期 2期】 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう【1回 2回】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎【1期1回 2回 追加】 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ【1回 2回】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)	
既 往 歴	これまでにかかった病気に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の内容にコメント及び ○ を付けてください。	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん【これまでに 回・最後は 年 月 日・座薬指示 有・無】 <input type="checkbox"/> 喘息又は喘息性気管支炎【継続治療中・悪化時治療】 <input type="checkbox"/> その他【 】	
入 院	入院経験がある場合、具体的にお書きください。	<input type="checkbox"/>
	【病名： 歳 か月】 【病名： 歳 か月】	
薬	常用している薬がある場合、具体的にお書きください。	<input type="checkbox"/>
そ の 他	食事制限（食物アレルギー）がある場合、具体的にお書きください。	<input type="checkbox"/>
	体質（薬物アレルギー等）や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	<input type="checkbox"/>

※ 事前登録にあたっては、本書に加えて「大田区病児保育送迎事業利用に関する同意書(第2号様式)」を記入すること。