様式第１（第８条関係）

令和　　年　　月　　日

東郷町長　様

保護者　住　所
氏　名
連絡先

東郷町病児及び病後児保育登録申請書

東郷町病児及び病後児保育を利用したいので、東郷町病児及び病後児保育の実施に関する規則第８条の規定により、登録を申請します。

なお、病児及び病後児保育の利用に際しては、実施施設の医師による診察を必要とすることを承諾し、緊急な場合で保護者との連絡が不能な場合は、入院などの判断を一任します。

（ふりがな） 児童氏名	男 女	生年月日　平成・令和　　年　　月　　日生 （満　　歳）
現在通っている保育所・学校等の名称		緊急連絡先 ① ②
登録期間　　令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日まで		
対象者の世帯状況（登録児童以外を記入してください。）		

続柄	氏名	生年月日	性別	勤務先・勤務先の電話番号
		年　　月　　日		電話番号
		年　　月　　日		電話番号
		年　　月　　日		電話番号
		年　　月　　日		電話番号
		年　　月　　日		電話番号

備考（記入不要です。）	受付

（裏面へ）

<table>
<tr><td rowspan="5">これまでの病気</td><td>けいれん</td><td colspan="4">□ない
□ある（発熱なし）：過去　　回</td></tr>
<tr><td>喘息
喘息様気管支炎</td><td colspan="4">毎日薬を　□飲んでいる　□いない　□発熱時だけ
毎日吸入療法を　□している　□していない　□発熱時だけ</td></tr>
<tr><td>アトピー性皮膚炎</td><td colspan="4">□ない
□ある：治療法　□内服薬　□外用薬　□食事療法</td></tr>
<tr><td>その他の病気</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>入院歴</td><td colspan="4">□ない　□ある：病名（　　）　歳　月
病名（　　）　歳　月
病名（　　）　歳　月</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医</td><td>□ない
□ある
（病名：　　）</td><td>医療機関名</td><td>主治医名</td><td colspan="2">電話番号</td></tr>
<tr><td>常時内服している薬</td><td colspan="5">喘息、アトピー性皮膚炎、けいれんなどで常時内服している薬があれば、具体的に記入してください。</td></tr>
<tr><td>食事</td><td colspan="5">食事制限の指示を主治医などから受けている場合は、具体的に記入してください。</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="5">体質（薬物アレルギーなど）や癖など、心配なこと、配慮してほしいことを具体的に記入してください</td></tr>
</table>