

病後児保育事業利用登録申込書

記入日 平成 年 月 日

申請者名

登録児童	ふりがな 児童氏名	愛称	性別	生年月日		
			男・女	/ / (歳 ヶ月)		
	自宅住所(〒 -)					
	自宅電話番号: ()		自宅 FAX 番号: ()			
	児童の兄弟姉妹		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
	通園施設名		()市町村()保育園・幼稚園		電話 ()	
かかりつけ医		()医院・病院 ()先生				
保護者・緊急連絡先	氏名		()歳	続柄	父・母・その他	
	氏名		()歳	続柄	父・母・その他	
	父	勤務先:	職種:	携帯番号 ()	e-mail 無・有(@)	
	母	勤務先:	職種:	携帯番号 ()	e-mail 無・有(@)	
新生児期		出生時の異常 有・無	発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない		
予防接種	三種混合	受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加)				
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた		
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた		
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた		
これまでにかかった主な感染症や病気 ーかかった病気に○をつけてくださいー						
1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.アトピー性皮膚炎						
7.熱性けいれん(回数 回) ※最後はいつですか 年 月 日 (座薬の指示 有・無)						
8.喘息及び喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9.その他()						
入院	ない・ある (病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月)					
	(病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月)					
	(病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月)					
常時服用している薬			ない・ある(具体的に:)			
食事制限	ない・ある(具体的に:)					
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。					