

病児・病後児保育事業利用登録申込書

申請者名 _____

記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

登録 児童	児童氏名		性別	生年月日		
			男・女	/ /		
	(〒 _____)					
	電話番号： (_____)		FAX番号： (_____)			
	児童の兄弟姉妹		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
	通園施設		(_____)区・市(_____)保育園・幼稚園・小学校 TEL:			
かかりつけ医		(_____)医院・病院 (_____)先生 TEL:				
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: 電話番号:		携帯番号: メールアドレス:		
	母	勤務先: 電話番号:		携帯番号: メールアドレス:		
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・分からない		
予防 接種	四種混合		受けてない・受けた(Ⅰ期1回 ・ 2回 ・ 3回 / Ⅰ期追加 / Ⅱ期)			
	インフルエンザ菌b型(Hib)		受けてない・受けた(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)			
	小児肺炎球菌		受けてない・受けた(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)			
	BCG(結核)		受けてない・受けた			
	MR(はしか・風疹)		受けてない・受けた(1回 ・ 2回)			
	水ぼうそう		受けてない・受けた(1回 ・ 2回)			
	日本脳炎		受けてない・受けた(1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回)			
病 気 ・ 感 染 症	※これまでにかかった病気・感染症に○をつけてください					
	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、熱性けいれん(_____ 回) *最後はいつですか? 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (座薬の指示: 有・無) 7、喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中 ・ 悪化時治療のみ) 8、その他⇒					
入 院	ない ・ ある					
	(病名: _____ 歳 _____ ヶ月)(病院: _____)		TEL: _____)			
	(病名: _____ 歳 _____ ヶ月)(病院: _____)		TEL: _____)			
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: 食物アレルギー(_____)					
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。					