

病児・病後児保育室利用登録申請書

登録番号

※すべてご記入ください

記入日： 年 月 日

申請者名：

登録児童	児童氏名		愛称	性別	生年月日
	ふりがな			男 ・ 女	平成 月 日 (歳 カ月)
	自宅住所	(〒 -)			
	自宅電話番号	- -			
	通園施設名	始良市 ・ () 市 () 保育園・幼稚園/学年 ()			
かかりつけ医	なし ・ あり ()				

家族構成 (同居)	続柄	氏名	年齢	保護者連絡先		
			歳	保護者氏名	勤務先名	
			歳		職種	
			歳	続柄 ()	携帯電話	- -
			歳	保護者氏名	勤務先名	
			歳		職種	
			歳	続柄 ()	携帯電話	- -
		歳	携帯メールアドレス			

周産期	在胎週数 () 週 出生体重 () g 異常 なし・あり ()
乳幼児期	発達の問題 なし・あり ()

予防接種	1.Hib (ヒブ)	受けていない・受けた () 回	2.肺炎球菌	受けていない・受けた () 回
	3.B型肝炎	受けていない・受けた () 回	4.四種混合	受けていない・受けた () 回
	5.口タ	受けていない・受けた () 回	6.BCG	受けていない・受けた () 回
	7.三種混合	受けていない・受けた () 回	8.MR (麻疹・風疹混合)	受けていない・受けた () 回
	9.ポリオ	受けていない・受けた*経口 (生ワクチン) : () 回 *注射 (不活化ワクチン) : () 回		
	10.水痘	受けていない・受けた () 回	11.おたふくかぜ	受けていない・受けた () 回
	12.日本脳炎	受けていない・受けた () 回		
	13.その他	接種したものがあれば教えてください () () ()		

かかった病気	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 年 月 日) (座薬の指示: なし ・ あり _____°C以上)
	7.喘息および喘息性気管支炎 (継続治療中 ・ 悪化時治療のみ)
	8.アトピー性皮膚炎 9.その他 ()

入院歴	なし・あり (病名: いつ: 歳 カ月) (病名: いつ: 歳 カ月)
-----	-------------------------------------

常時内服している薬	内服薬	なし ・ あり (内服薬の名称: 回数:)
	軟膏	なし ・ あり (軟膏の名称: 回数:)
	吸入薬	なし ・ あり (吸入薬の名称: 回数:)
食物アレルギー	なし ・ あり ()	
除去食	なし ・ あり (具体的に:)	

その他	*体質 (薬物アレルギー等) やくせなど、ご心配なこと、配慮してほしいことがありましたら、具体的にご記入ください*
-----	-----------------------------------------------------------

保育士記入欄

医療法人立名会

受付日	平成 年 月 日	処理	
-----	----------	----	--

たちばなこどもランド 病児・病後児保育室