

令和 年度

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：R 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	H・R 年 月 日 ( 歳 カ月)
	自宅住所	(〒 ) 市			
	自宅電話番号	- -			
	通園施設名	始良市 ・ ( ) 市 ( ) 保育園・幼稚園・小学校/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			

※入室の可否をメールにてお知らせしますので必ずアドレスをご記入ください。

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.ロタ	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 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 (内服薬の名前： 回数： )
	軟膏	なし ・ あり (軟膏の名前： 回数： )
	吸入薬	なし ・ あり (吸入薬の名前： 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	R 年 月 日	処理
-----	---------	----

たちばなこどもランド 病児・病後児保育室