

登録番号

令和 年度 病児・病後児保育事業利用登録申込書

令和 年 月 日記入

登 録 児 童	ふりがな 児童氏名		愛 称	性 別	生 年 月 日
				男・女	平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)
	自宅住所(〒 -)				
	自宅電話番号: ()				
	かかりつけ医	()クリニック・医院・病院			
通園施設名	()市町村		()保育所(園)・幼稚園・小学校		
児童の兄弟姉妹	歳(男・女)		歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
保 護 者	父	ふりがな			
		氏 名:	年齢()歳		
		勤務先:	職種:	Tel:	
	母	ふりがな			
		氏 名:	年齢()歳		
		勤務先:	職種:	Tel:	
携 帯:					
携 帯:					
出生体重 g 在胎 週 日			出生児の異常(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・四)種混合		未・済 (I期1回 2回 3回 I期追加)		
	※三種の場合 ポリオ		未・済		
	BCG	未・済	ヒブ	未・済	
	麻しん・風しん	未・済	ロタウイルス	未・済	
	水ぼうそう	未・済	肺炎球菌	未・済	
	おたふくかぜ	未・済	B型肝炎	未・済	
これまでにかかった主な感染症及び疾患 —かかった病気に○をつけてください—					
1. 熱性けいれん(回) 初回 年 月 日、最終 年 月 日 座薬の指示(有・無) ※ °C以上で()使用					
2. 突発性発疹 3. はしか 4. 風疹 5. 水ぼうそう 6. おたふくかぜ 7. アトピー性皮膚炎					
8. 肺炎 9. 喘息及び喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)					
10. その他()					
入院歴	無・有(病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月)				
常時服用しているお薬	無・有(具体的に:				
食物アレルギー	無・有(具体的に:				
嫌いな食べ物					
お子様に対して、病児室スタッフが注意する事や配慮して欲しい事がありましたらご記入下さい。					