

病児・病後児保育利用登録申込書

申請者氏名

住所

電話

令和 年 月 日記入

| | | | | |
|---|--|-------------------------|---------------------|------------|
| 登 録 児 童 | 児童氏名（ふりがな） | 呼び方 | 性別 | 生年月日 |
| | 住所：〒 | | | |
| | 電話： | | | |
| | きょうだい構成：（ 歳）男・女 / （ 歳）男・女 | | | |
| | 通園施設名： | | | |
| | かかりつけ医療機関： | | | |
| | 保 護 者 緊 急 連 絡 先 | 連絡先① | | |
| 氏名 | | | 続柄 | |
| 勤務先 | | | 職種 | |
| 電話番号 | | | 携帯番号 | |
| 連絡先② | | | | |
| 氏名 | | | 続柄 | |
| 電話番号 | | | 携帯番号 | |
| 新生児期 | 出生時の異常（有・無） | 発達・発育 | 普通・少し遅れていると思う・わからない | |
| 予 防 接 種 | 四種混合 | 受けていない・受けた（1回・2回・3回・4回） | | |
| | BCG | 受けていない・受けた | 麻疹風疹 | 受けていない・受けた |
| | はしか | 受けていない・受けた | おたふく | 受けていない・受けた |
| | 水疱瘡 | 受けていない・受けた | | |
| これまでにかかった感染症・病気（○をつけてください） | | | | |
| 1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水疱瘡 5.おたふくかぜ 6.熱性けいれん（ 回）（最後にかかった日： ）（座薬の指示有・無） 7.アトピー性皮膚炎 8.喘息および喘息様気管支炎（治療中・悪化時のみ） 9.その他（ ） | | | | |
| 入院歴 | ない ある（病名 / 歳 ヶ月）（病名 / 歳 ヶ月） （病名 / 歳 ヶ月）（病名 / 歳 ヶ月） | | | |
| 常時使用している薬 | ない・ある（ ） | | | |
| 食事制限 | ない・ある（ ） | | | |
| その他（体質やアレルギー、心配なこと、配慮してほしいことなどお書きください。） | | | | |