

病児・病後児保育事業利用登録申込書

番 号

フリガナ 対象児氏名	男 女	生年月日	年	月	日生 ケ月
住 所 (〒 -)					
電 話					
通園(学校)名 () 愛称()					
家 族					
緊 急 連 絡 先 生					
生 育 暦					
食 事					
予 防 接 種					
感 染 症					
こ れ ま だ の 病 気					
そ の 他					

病児保育室児童登録表

年度		年 月 日記入	
ふりがな 氏名	男 女	生年月日: 20 年 月 日 才 才 才	日往 才 才 才
住所(〒) 電話()			
通園(学)名() お子様の愛称()			
家族	父 氏名(ふりがな) 母 氏名(ふりがな) きょうだい	{ 才 } 職業 { 才 } 職業 才(男・女) 才(男・女)	才(男・女)
緊急連絡先	父 1 勤務先名 2 携帯電話など 母 1 勤務先名 2 携帯電話など 他 電話	電話 電話	病柄・氏名()
出生歴	妊娠中の異常(なし・あり) 出産時の異常(なし・あり) 出生時体重 首のすわり: 月 月 おすわり: 月 月 一人歩き: 月 月 栄養法(母乳・人工・混合) 離乳食開始時期: 月 月 現在の体重: kg		
食事	() ミルクのみ 1回量() cc × () 時間毎 () 離乳食 () 回 (トロトロ・キザミ) 食材(豆腐・白身魚・鶏肉・牛筋肉・卵) () 幼児食 除去食(なし・あり(卵・牛乳・大豆・その他))		

予防接種	4種混合(1 2 3 4) 3種混合(1 2 3 4) 生ポリオ(1 2) ヒブ(1 2 3 4) MRワクチン(1 2) 水ぼうそう(1 2) その他予防接種で受けたもの	BCG(済・未) 不活性化ポリオ(1 2 3 4) 肺炎球菌(1 2 3 4) 白喉(1 2 3 4) 未だぶくがせ(1 2)
感染症	突発性発疹: 才 はしか: 才 風疹: 才 手足口病: 才 その他(具体的に)	水ぼうそう: 才 未だぶくがせ: 才 百日咳: 才 肝炎: 才(キャリアーである・ない) A型・B型・C型
これまでの病気	発熱発症: 初回 才(℃) 最後は 才(℃) これまでに()回 喘息様気管支炎: ない・ある(内服薬・吸入) アトピー性皮膚炎: ない・ある(内服薬・除去食) その他の病気(具体的に)	
	入院したこと: ある・ない 病名 { 才 } 病院名 期間 病名 { 才 } 病院名 期間	
その他	平熱 で かかりつけ医 TEL 医師の指導により毎日服用している薬はありますか?(ある・ない) (薬名) いくらから 体質や癖など心配なこと、配慮してほしいことについて(具体的に書きて下さい)	