

桃とひよこ保育園 病児保育事業
利用登録申込書

※本枠内すべてご記入ください

カルテ番号：

記入日		年 月 日		申込者（保護者）名		
登録児童	氏名	ふりがな	愛称	性別	生年月日 年 月 日 （ 歳 生まれ ヶ月）	
	住所	〒 ()				
	通園施設名	通園施設の所在する市町村名 () 市・町・村 () 保育園・幼稚園				
	かかりつけ医	なし・あり (病院名:)				
家族構成（同居）		続柄		勤務先名 (なし・求職中)		
続柄	氏名	年齢	保護者連絡先	勤務時間	勤務先名 (なし・求職中)	
		歳		勤務時間		
		歳		職種		
		歳		勤務先名 (なし・求職中)		
		歳		勤務時間		
		歳		職種		
		歳	メール アドレス			
新生児期について		出生時の異常 なし・あり ()		発育・発達 ふつう・検診などで指摘有り		
予防接種	BCG	受けていない・受けた	三種混合	受けていない・受けた () 回	四種混合	受けていない・受けた () 回
	Hib (ヒブ)	受けていない・受けた () 回	肺炎球菌	受けていない・受けた () 回	B型肝炎	受けていない・受けた () 回
	MR (麻疹・風疹)	受けていない・受けた () 回	ロタ	受けていない・受けた () 回	水ぼうそう	受けていない・受けた () 回
	ポリオ	受けていない・受けた () 回 ※経口（生ワクチン） () 回 ※注射（不活性ワクチン） () 回				
	おたふく風邪	受けていない・受けた () 回	日本脳炎	受けていない・受けた () 回	その他接種したもの	
かかったことのある病気に○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・突発性発疹 ・RS感染症 ・ヘルパンギーナ ・結膜炎 ・百日咳 ・副鼻腔炎（蓄膿症） ・入院歴 () ・手術歴 () ・インフルエンザ ・水痘 ・おたふく（流行性耳下腺炎） ・手足口病 ・溶連菌感染症 ・水いぼ ・感染性胃腸炎 ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 ・麻疹 ・風疹 ・肺炎 ・マイコプラズマ感染症 ・アデノウイルス感染症 ・中耳炎 					
熱性けいれん	なし・あり () 回 最後の発症日 年 月 日 座薬の指示 なし・あり °C以上					
喘息及び喘息様気管支炎	なし・継続治療中・悪化時のみ治療					
アレルギー	アレルギー症状 なし・あり 症状が強い時の対応 (エピペン なし・あり)					
普段使用している薬	内服薬・軟膏・吸入等の名称・回数を記入してください なし・あり					
その他	心配な事や配慮が必要な事などがあればお書きください					