

# 病児・病後児保育 利用登録申込書

記入日 年 月 日

ふりがな											園児名											生年月日	西暦	年	月	日生	男女
ナインナンバー																					歳	ヵ月	歳児				
現住所	〒															電話番号：	—	—	携帯番号：	—	—						
出生歴	分娩状況	出生体重・身長						g	cm	出生周期	週（ヵ月）																
		出生時の異常	ない・ある（ある→）																								
	新生児期	栄養方法	母乳（）ヵ月					混合乳（）ヵ月					人工乳（）ヵ月														
		発育状況	首すわり（）ヵ月					歩行（）ヵ月					始語（）ヵ月														
予防接種	四種・三種混合	未・接種（1回・2回・3回・追加）					MR（麻疹・風疹）					未・接種（1回・2回）															
	ポリオ	未・接種（1回・2回・3回・追加）					水ぼうそう					未・接種															
		（ワクチン・生）					おたふくかぜ					未・接種															
	ヒブ	未・接種（1回・2回・3回・追加）					BCG					未・接種															
	肺炎球菌	未・接種（1回・2回・3回・追加）					B型肝炎					未・接種															
<p>これまでにかった主な感染症等に○をつけてください。</p> <p>1. 突発性発疹      2. はしか      3. 風しん      4. 水ぼうそう      5. おたふくかぜ</p> <p>6. 熱性けいれん（回数 回）（最初はいつ 年 月）（座薬の指示 有・無）</p> <p>7. アトピー性皮膚炎</p> <p>8. 喘息および喘息性気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ）      9. その他（）</p>																											
入院歴	ない・ある （病名： 歳 ヵ月頃）（病名： 歳 ヵ月頃）																										
かかりつけ医療機関	小児科：      その他（耳鼻科・眼科等）																										
常備薬	ない・ある（具体的に）																										
アレルギー	ない・ある（具体的に）																										
その他	体質（薬物アレルギー）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことなど具体的に記入してください																										
緊急連絡先	マイナンバー・氏名（ふりがな）										続柄					会社名・連絡先											
	①											（）	TEL														
	②											（）	TEL														
	③											（）	TEL														
	④											（）	TEL														
連絡する順番を記入してください																											
															利用開始日	年	月	日									