

一時保育・病児・病後児保育 利用登録申込書

記入日 年 月 日

ふりがな											生年月日	西暦 年 月 日生			男女
園児名												歳 ヲ月 歳児			
ナンバー															
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			出産周期 週 (ヲ月)						
		出生時の異常	ない・ある (ある→)												
	新生児期	栄養方法	母乳 () ヲ月			混合乳 () ヲ月			人工乳 () ヲ月						
		発育状況	首すわり () ヲ月			歩行 () ヲ月			始語 () ヲ月						
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 ヲ月頃) (病名： 歳 ヲ月頃)														
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														
提携企業様連絡先	会社名						連絡先								
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		
連絡する順番を記入してください															

利用開始日 年 月 日