

# 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				西暦	年	月	日生	男女	
園児名	生年月日			歳			ヵ月 (提出時現在)	男女	
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 (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)		B C G	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 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)								
食物・動物・花粉症等アレルギー	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	氏名 (ふりがな)			続柄	会社名・連絡先				
	①				TEL				
	②				TEL				
	③				TEL				

利用開始日 年 月 日