

病児/病後児保育施設 登録票

ID _____

病児/病後児保育施設を利用したいので、次の通り登録します。

年 月 日

申請者 _____

登録 児童	ふりがな	愛称	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
	氏名					
	通園先	電話 ()				
保護者	現住所		〒 _____			
	父	ふりがな			電話	
		氏名				
	母	ふりがな			電話	
氏名						
緊急 連絡先		氏名	続柄	携帯電話または自宅電話	勤務先電話	
	①					
	②					
	③					
家族 構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先又は在校名		
生育	妊娠中の異常		なし	あり ()		
	出生時の異常		なし	あり ()		
	出生時の体重		g			
	これまでの発達の状況		異常なし	遅延あり ()		

既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 百日咳
	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病）			
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん（初回 歳 ヶ月 / 最後 歳 ヶ月）				
	<input type="checkbox"/> その他（病名： ）（病名： ）				
	<input type="checkbox"/> 入院の経験 なし・あり（入院時の年齢 歳 / 病名： ） （入院時の年齢 歳 / 病名： ）				
アレルギー	食物アレルギー		なし・あり（ ）		
	薬のアレルギー		なし・あり（ ）		
	その他のアレルギー		なし・あり（ ）		
常用薬	喘息・けいれん等で常時服用している薬がある場合は、内服時間も含めて具体的に記入してください。				
かかりつけ医等		病院名	電話		
	小児科				
	科				
	科				
	定期通院の疾患：なし・あり（病名： ） （病名： ）				
予防接種	MRワクチン（麻疹・風疹）の接種： 済（ 年 月 日）・未				

☆受診の際に処方されるお薬は、ジェネリックを希望（ する ・ しない ）