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。

登録年月日　　年　　月　　日

在園名　　保育園・幼稚園　　申請者

児童氏名	ふりがな		愛 称	男・女	生年月日	２０　　年　　月　　日生
	氏 名					

保護者	現住所	〒　　－		
	ふりがな		電 話	
	氏 名			
	ふりがな		電 話	
	氏 名			

	続柄	氏名	生年月日	勤務先又は在校名
同居家族				

		氏名	続柄	携帯電話または自宅電話	勤務先電話
緊急連絡先	①				
	②				
	③				

既往歴	□定期的に通院している病気 なし　・　あり　（ 医療機関名：　　病名：　　）
	□かかったことのある病気　突発性発疹、ＲＳウイルスなど （　　）
	□入院の経験　なし ・ あり　（入院時の年齢　　歳　／ 病名：
	□常時飲んでいる薬　なし　・　あり　（　　）
	□熱性けいれん　なし ・ あり（初回　　歳　　ヶ月　／　最後　　歳　　ヶ月）
	□アレルギー　なし ・ あり → 食品 ・ 薬 ・ その他 （　　）
予防接種	＊接種したことのあるワクチンに○をつけてください ヒブ ・ 肺炎球菌 ・Ｂ型肝炎 ・ ロタ ・ 四種混合 ・ ＢＣＧ ＭＲ ・ 水痘 ・ おたふく ・ 日本脳炎 ・ その他（　　）

【お迎えサポート】

○ お迎えサポートの希望（小布施のみ）　　あり　・　なし

○ 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

【医療の制限】

○ 緊急時に医療機関を受診する際、希望されない処置がある場合はご記載ください

（　　）

☆ その他、気をつけて欲しいこと、発育・発達についてなど伝えておきたい内容があればご記載ください

（　　）