

登録番号

平成22年度 病児保育室 利用登録申込書

病児保育室 殿

平成 年 月 日記入

申請者名

登録児童	ふりがな 児童氏名	愛称	性別	生年月日
			男・女	平成 年 月 日
	自宅住所(〒)			
	自宅電話番号		自宅FAX番号	
	児童の兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
	通園施設名	()市区町村()保育園・幼稚園・小学校	電話	
かかりつけ医	()病院()先生			
保護者・緊急連絡先	氏名 ()歳	続柄	携帯電話	
	勤務先	所属	電話番号	
	氏名 ()歳	続柄	携帯電話	
	勤務先	所属	電話番号	
	e-mail	PC :		
	携帯 :			
新生児期	出生時の異常 無・有()			
乳児期	首のすわり	ヶ月	おすわり	ヶ月
予防接種	三種混合	未・済	(I期 1回・2回・3回・I期 追加)	
	BCG	未・済	ポリオ	未・済 (1回・2回)
	MR	未・済	(1回・2回)	
	麻疹	未・済・感染済	風疹	未・済・感染済
	水ぼうそう	未・済・感染済	おたふくかぜ	未・済・感染済
これまでの病気	突発性発疹	無・有	麻疹	無・有
	水ぼうそう	無・有	おたふくかぜ	無・有
	喘息	無・有 (治療継続中・悪化時のみ治療)	喘息様気管支炎	無・有 (治療継続中・悪化時のみ治療)
	熱性けいれん	無・有 (回)	座薬の指示	無・有 (°C以上)
	その他	()		
	入院したこと	無 (病名: 歳 ヶ月)	有 (病名: 歳 ヶ月)	無 (病名: 歳 ヶ月)
常時服用している薬	無・有 具体的にお書き下さい。()			
食事制限	無・有 具体的にお書き下さい。()			
その他	体質(薬物アレルギー等)やくせなど、心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。			

平成 年 月 日受付