登録番号	-
ᇁᄦᆷᄀ	

年度 病児保育室 利用登録申込書

病児保育室 宛 年 月 日記入

			職	員番号_				申	青者名	3		
 ふりがな 児童氏名					愛 称			性別		月日		
								男・女	西曆	香 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(月	月∙女)		歳	(男・女	女) 歳(男・女)				
通園施設	2名	()市区	町村()保育團	園∙幼稚園	電話	\$		
かかりつけ医()病院 () 医師							
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			
				連絡を	РС	:						
メ- 必ず届く	ール連 (アドレ	絡します ·スをご訂	⁻ので、 己入くだ	さい)	携帯	:						
f生児期	出生時	りの異常	無・	·有 ()
乳児期	首の	すわり		ヶ月	ŧ	らすわり		ヶ月		一人歩き		ヶ月
四種(三種)	混合		未	• 済		(I期 1	<u> </u>	2回	· 3回 ·	I期	追加)
肺炎球	菌		未	• 済		(I期 1	□ ·	2回	· 3回 ·	I期	追加)
防 接 麻疹			未	• 済			ヒブ		未	• 済	(1回	• 2回)
		未 ·	済	(1回	· 2[風疹					2回)
		<u></u> 未・					日本脳炎	^{પ્}	未	• 済	(丁 苴	月)
一定祭性祭												-
	疹	7113	· 有	麻疹			# •		風疹		無 -	П
水痘	疹	無	· 有	日本	巡炎	無	₩ •	有	アトピー	-性皮膚炎	無 •	有
水痘 喘息		無 無・有	有(治療組		脳炎 ;時のみ;	台療) 喘	無 • 息様気管	有 支炎 無	アトピー • 有	-性皮膚炎 (治療継続中	無 · 無 · · · · · · ·	有 のみ治療)
水痘 喘息 熱性けい		無 無・有	有(治療組	日本	巡炎	台療) 喘	₩ •	有 支炎 無	アトピー		無 · 無 · · · · · · ·	有
水痘 喘息		無・有無・有	• 有 (治療総 (日本	脳炎 ;時のみ;	台療) 喘 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	乗・ 息様気管 逐薬の指	有 支炎 無 示 無	アトピー • 有		無・悪化時	有 のみ治療) ℃以上))
水痘 喘息 熱性けい	れん	無・有無・有	· 有 (治療総 (名:	日本	脳炎 ;時のみ;	台療) 喘 ・ 座 歳	思 ・ 息様気管 逐薬の指 ヶ月)	有 支炎 無 示 無 (病名:	アトピー • 有		無・悪化時	有 のみ治療) ℃以上)) ケ月)
水痘 喘息 熱性けい その他 入院歴	れん	無 無・有 無・有 (無・病 病病	• 有 (治療総 (名: 名:	日本	脳炎 :時のみ: 回	# # # # # # # # # # # # # # # # # # #	思 ・ 息様気管 逐薬の指 ヶ月)	有 支炎 無 示 無	アトピー • 有		無・悪化時	有 のみ治療) ℃以上) ケ月) ヶ月)
水痘 喘息 熱性けい その他	れん	無・有無・有	· 有 (治療組 (名: 名: 具体的	日本川迷続中・悪化	脳炎 時のみき 回	# () () () () () () () () () (乗・ 息様気管 薬の指 ヶ月) ヶ月)	有	アトピー ・有 ・有	(治療継続中	無・悪化時歳歳歳	有 のみ治療) ℃以上)) ケ月)
水痘 喘息 熱性けい その他 入院歴	れん <u>**</u> る薬	無 無・有 無・有 (無・病 病病	有()()()()()()()	日本川 生統中・悪化 またまき	脳炎 時のみ 回 ・ 下さい ・ 下さい	# () () () () () () () () () (無 ・ 息様気管 薬の指 ヶ月) ヶ月)	有 支炎 無 示 無 (病名:	アトピー ・有 ・有		無無・悪化時歳歳	有のみ治療) のみ治療) で以上) ケ月) ケ月)
水痘 熱性けい その他 入院歴 ままり ないりょう ないりょう してい 食物アレルキ	れん る薬 -	無 無 無 (無 (無 (((((((((((((・ 有 (治療組 (名: 名: 体的 (具体が (見なび	日本川田本門にお書き	脳炎時のみを回してさいです。 下さい を 卵	無 ・ 座 ・ 歳 歳 。 。(※ ピ	無・ 息様気管 薬の指 ヶ月) ナッツ ラ・ごま・	有支炎無示 無 (病名:	アトピー ・有 ・有 ・ 提供。	(治療継続中	無 無 :悪化時 歳 歳 除外) (((()))他(()	有のみ治療) のみ治療) で以上) ケ月) ケ月)
水痘喘息熱性けいその他入院歴	れん る薬 -	無 無 無 (無 (無 (((((((((((((・ 有線 (名 名 具 (具 え 体 体 び 的 の び 的	日本川はお書きていた。	脳炎 時のみ 回 下さい 下きい 下きい	無 ・ 座 ・ 歳 歳 。 。(※ ピ	無 ・ 息様気管 を薬の指 ケケ ーナ・ご・ナ マ・ナッツ・	有支炎無 (病名: (病名: は)・そば は	アトピー ・有 ・有 ・ 提供。	(治療継続中 されないため)・果実(無 無 無 形 形 。 () () () () () () () () ()	有 のみ治療) ℃以上) ケ月) ケ月)
	自児 が 氏 務 氏 務 部 が 見 期 三 炎 B 麻 水 に の 上 児 種 肺 B 麻 水 に の ま の ま の ま の ま の ま の ま の ま の ま の ま の	自宅住所 (T	見童 氏名 日宅住所(〒 自宅電話番号 児童の兄弟姉妹 の見施設名 (Sup	児童氏名 日宅住所(〒) 日宅電話番号 現童の兄弟姉妹 歳(男・女) 通園施設名 () 市区町村() かかりつけ医 () 氏名 () 事務先 氏名 () 事務先 日本病児登録更新のご連絡をメール連絡しますので、かず届くアドレスをご記入ください) 住児期 出生時の異常 無・有 () 乳児期 首のすわり ケ月 四種(三種)混合 未・・ 済	記載	記載	Bet	Substitute	空 氏名 受 称 性別 男・女 西暦 目宅住所(〒) 目宅電話番号 目宅FAX番号 歳(男・女) 歳(男・女) 通園施設名 ()市区町村()保育園・幼稚園 電話 かかりつけ医 () 歳 続柄 携帯電話 野務先 所属 電話番号 電話番号 氏名 ()歳 続柄 携帯電話 野務先 所属 電話番号 電話番号 で が属くアドレスをご記入ください) 技帯 世別 出生時の異常 無・有 (現別 首のすわり ケ月 おすわり ケ月 四種(三種)混合 未・済 (I期 1回・2回 日の	中国	大田 10 10 10 10 10 10 10 1