

# 病児保育事業利用登録申込書

星の桜保育園の病児保育に、利用規約承諾の上、下記の通り申し込みます。

申請者名

令和 年 月 日 記入

\* 太枠内 全てご記入お願いいたします。

登録児童	フリガナ		性別		年 月 日
	お子さまのお名前		男・女	生年月日	( 歳 ヶ月)
	自宅住所	(〒 - )			
	自宅電話番号				
	通園施設名	( ) 保育園・幼稚園・小学校			
	かかりつけ医	病院名:	電話番号:		
保護者連絡先					
保護者続柄 ( )	名前	勤務先:			
	携帯番号:	勤務先電話:			
保護者続柄 ( )	名前	勤務先:			
	携帯番号:	勤務先電話:			
新生児期	出生時の異常 無・有 ( )	発育・発達	ふつう・健診や通園施設で指摘あり		
予防接種	1.BCG	受けた・受けていない	2.三種混合または四種混合	受けた ( ) 回・受けていない	
	3.Hib(ヒブ)	受けた ( ) 回・受けていない	4.肺炎球菌	受けた ( ) 回・受けていない	
	5.MR(麻疹・風疹混合)	受けた ( ) 回・受けていない	6.B型肝炎	受けた ( ) 回・受けていない	
	7.ポリオ	受けた *経口(生ワクチン): ( ) 回	8.水ぼうそう	受けた ( ) 回・受けていない	
		*注射(不活化ワクチン): ( ) 回	9.おたふくかぜ	受けた ( ) 回・受けていない	
		受けていない	10.日本脳炎	受けた ( ) 回・受けていない	
11.ロタ	受けた ( ) 回・受けていない	12.その他接種したもの			
かかった病気	1、突発性発疹 2、はしか 3、風疹 4、水ぼうそう 5、おたふくかぜ 6、食物アレルギー 7、熱性けいれん(何回 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有 ____°C以上・無) 8、アトピー性皮膚炎 9、喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)(吸入したこと 有・無) 10、その他 ( )				
入院歴	なし・あり	(病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)			
常時内服している薬	なし・あり	(内服薬の名前: )	回数:	( )	
常時使用している 軟膏・吸入薬	なし・あり	(軟膏の名前: ) (吸入薬の名前: )	回数:	( )	
除去食	なし・あり	(具体的に: )			
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下さい。				