

病後児保育登録申込書

年 月 日

(宛先) すまいる保育園 施設長 貫 龍太郎

すまいる保育園病後児保育の登録を申し込みます。

登録児	(フリガナ) 氏名	()	生年月日 男・女	年 月 日 (歳 ヲ月)
児童	通園名	保育園・幼稚園 歳児	お子様の 愛称等	
保護者	父：氏名		勤務先	(電話)
	母：氏名		勤務先	(電話)
	住所		電話	
緊急連絡先	① 電話	連絡先名	続柄	
	② 電話	連絡先名	続柄	
かかりつけ医	病院・医院 (医師) 電話			
予防接種 (受けたものに○をつけてください)	四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) 回 ・ BCG MR (麻疹・風疹) 1期 ・ MR (麻疹・風疹) 2期 ・ 日本脳炎 Hib ・ 小児肺炎球菌 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ B型肝炎 その他 ()			
これまでにかかった主な感染症や病気 (かかった病気に○をつけて下さい)	1. 突発性発疹 2. はしか (麻疹) 3. 風疹 4. 百日咳 5. おたふくかぜ 6. 水ぼうそう 7. ジフテリア 8. B型肝炎 9. 日本脳炎 10. 熱性けいれん (回数 回) 最後はいつ? (年 月 日) (座薬指示 有・無) 11. アトピー性皮膚炎 (治療は <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 食事療法) 12. 喘息および喘息様気管支炎 (<input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ) 13. その他 ()			
入院したこと	ない ・ ある (病名： 歳 ヲ月) (病名： 歳 ヲ月)			
常時服用している薬	ない ・ ある (具体的：)			
アレルギー	ない ・ ある (具体的：)			
その他	(体質、心配事や配慮してほしいこと)			

(以下の記入は必要ありません)

受付日		負担金	徴収・免除		
-----	--	-----	-------	--	--