

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   | (フリガナ)<br>氏名  | ( )           | 生年月日<br>男・女 | 年 月 日<br>( 歳 ヲ月) |
| 児童   | 通園名   | 保育園・幼稚園<br>歳児 | お子様の<br>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<br>(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<br>MR (麻疹・風疹) 1期 ・ MR (麻疹・風疹) 2期 ・ 日本脳炎<br>Hib ・ 小児肺炎球菌 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ B型肝炎<br>その他 ( )  |               |             |                  |
| これまでに<br>かかった主な<br>感染症や病気<br>(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<br>6. 水ぼうそう 7. ジフテリア 8. B型肝炎 9. 日本脳炎<br>10. 熱性けいれん (回数 回) 最後はいつ? ( 年 月 日) (座薬指示 有・無)<br>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)<br>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)<br>13. その他 ( ) |               |             |                  |
| 入院したこと   | ない ・ ある (病名： 歳 ヲ月)<br>(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 |  |  |
|-----|--|-----|-------|--|--|