

さわやか保育園 病児保育 登録申請書

登録No. \_\_\_\_\_

登録児童	児童氏名	愛称	性別 男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 月)
	自宅住所(〒 - )			自宅TEL	自宅FAX
	通園施設名	( )保育園・幼稚園		電話番号	
	かかりつけ医	( ) 医院・病院・クリニック ( ) 先生			
緊急	緊急連絡先	① - - 携帯・自宅・会社	(連絡先名)		
		② - - 携帯・自宅・会社	(連絡先名)		
家族の状況	氏名(ふりがな)	生年月日	続柄	性別	勤務先(名称・TEL)又は、園名・学校名
		年 月 日		男・女	
		年 月 日		男・女	
		年 月 日		男・女	
		年 月 日		男・女	
		年 月 日		男・女	
		年 月 日		男・女	
これまでの様子	妊娠中の異常 無・有( )				
	出生時体重 g 出産時期: 予定通り・ 日 早かった・遅かった 在胎 週				
	出産時の異常 無・有( ) 栄養法 母乳・人工・混合				
	首のすわり ヶ月・おすわり ヶ月・一人歩き ヶ月				
	ヒブ 未・1回目・2回目・3回目・4回目・追加 BCG 未・済				
	肺炎球菌 未・1回目・2回目・3回目・4回目・追加 MR(麻疹・風疹) 未・1回目・2回目				
	四種混合 未・1回目・2回目・3回目・4回目・追加 三種混合・ポリオ 未・1回目・2回目・3回目・4回目				
予防接種	B型肝炎 未・1回目・2回目・3回目・追加 水痘 未・1回目・2回目				
	ロタウイルス 未・1回目・2回目・3回目 日本脳炎 未・1回目・2回目・追加				
	インフルエンザ 未・1回目・2回目・直近( 年 月) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 未・1回目・2回目				
既往歴	①突発性発疹 歳 ヶ月 ②麻疹(はしか) 歳 ヶ月 ③水痘 歳 ヶ月				
	④風疹 歳 ヶ月 ⑤百日咳 歳 ヶ月 ⑥手足口病 歳 ヶ月				
	⑦流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 歳 ヶ月 ⑧ヘルパンギーナ 歳 ヶ月				
	⑨喘息 及び 喘息様気管支炎(現在治療中・悪化時のみ治療) ⑩肺炎 歳 ヶ月				
	⑪熱性けいれん(回数: 回)(直近: 年 月 日)(座薬の支持: 無・有 )				
	⑫その他( ) ⑬かかりやすい病気( )				
入院歴	無・有 / 病名: ( 歳 ヶ月頃) 病名: ( 歳 ヶ月頃)				
	病名: ( 歳 ヶ月頃) 病名: ( 歳 ヶ月頃)				
その他	平熱 ( °C)				
	常時服用している薬 無・有(具体的に: )				
	アレルギー 無・有(具体的に: )				
薬アレルギー 無・有(どのような薬: ) どのような症状: )					
※アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください					
配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください					