

つくし保育園 病児保育室 利用登録申込書

※太枠内すべてご記入ください

記入日	令和 年 月 日			申込者(保護者)名				
登 録 児 童	氏 名	ふりがな		愛 称	性別	生 年 月 日		
					年 月 日生まれ (年 ケ月)			
	住所	〒 - ()						
	通園施設	通園施設の所在する市町村名()市・町・村()保育園・幼稚園・小学校						
かかりつけ医	なし ・ あり (病院名 :)							
続柄	氏 名		年齢	保 護 者 連 絡 先	続柄 ()	勤務先名	(なし・求職中)	
			歳		勤務時間	~	職種	
			歳		携帯電話			
			歳	続柄 ()	勤務先名	(なし・求職中)		
			歳		勤務時間	~	職種	
			歳		携帯電話			
			歳	メール アドレス				
新生児について 出生時の異常 なし・あり()								
予 防 接 種	BCG	受けていない・受けた	三種混合	受けていない・受けた()回	四種混合	受けていない・受けた()回		
	Hib	受けていない・受けた()回	肺炎球菌	受けいない・受けた()回	B型肝炎	受けない・受けた()回		
	MR	受けない・受けた()回	ロタ	受けない・受けた()回	水ぼうそう	受けない・受けた()回		
	ポリオ	受けない・受けた()回	※経口(生ワクチン)()回	※注射(不活性ワクチン)()回				
	おたふく風邪	受けない・受けた()回	日本脳炎	受けない・受けた()回	その他 接種したもの			
	○を つ け て く だ さ い	<ul style="list-style-type: none"> ・突発性発心 ・インフルエンザ ・感染性胃腸炎 ・肺炎 ・RS感染症 ・水痘 ・アトピー性皮膚炎 ・マイコプラズマ感染症 ・ヘルパンギーナ ・おたふく(流行性耳下腺炎) ・アレルギー性鼻炎 ・アデノウイルス感染症・結膜炎 ・手足口病 ・麻疹 ・中耳炎 ・百日咳 ・溶連菌感染症 ・風疹 ・副鼻腔炎(蓄膿症) ・水いぼ ・入院歴()・手術歴() 						
熱性けいれん		なし・あり(回) 最後の発症日 年 月 日 座薬の指示 なし・あり ℃以上						
喘息及び喘息様 気管支炎		なし ・ 繼続治療中 ・ 悪化時のみ治療						
アレルギー		なし ・ あり アレルゲン 症状 症状が強い時の対応(エピペン なし あり)						
普段 使用している薬		なし ・ あり 内服薬・軟膏・吸入等の名称・回数を記入してください						
その 他		必要な事や配慮が必要な事などがあればお書きください						