

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 (歳 ヶ月)		
	住所	〒 - () 番 ()						
	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			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	受けていない・受けた()回	B型肝炎	受けていない・受けた()回		
	MR	受けていない・受けた()回	口夕	受けていない・受けた()回	水ぼうそう	受けていない・受けた()回		
	ポリオ	受けていない・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	受けていない・受けた()回	日本脳炎	受けていない・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・継続治療中・悪化時のみ治療						
アレルギー		なし・あり		アレルギー 症状 症状が強い時の対応(エビベン 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							