

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	〒 - ()					
		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	勤務先名 (なし・求職中)		
			歳		続柄 ()	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	ロタ	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	・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						