様式第１号（第５条関係）

病児・病後児保育利用登録申込書

平成　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	平成　　年　　月　　日	
子ども氏名		男 ・ 女	歳　　ヶ月	
在籍園又は学校			愛 称	
かかりつけ医				
保護者氏名			電話	
住　　所	〒			

◆緊急連絡先 （ 連絡可能な順に ご記入ください ）		
①氏　　名	続柄	携帯
勤務先名		電話
②氏　　名	続柄	携帯
勤務先名		電話

◆既往歴 （ 今までにかかった病気に〇をつけてください ）

１．突発性発疹　２．麻疹（はしか）　３．風疹（三日はしか）　４．水痘（みずぼうそう）

５．おたふく風邪（流行性耳下腺炎）　６．百日咳　７．結核　８．川崎病

９．喘息（ぜんそく）　：　いつもの飲み薬【 有 ・ 無 】

10．アトピー性皮膚炎　：　いつもの飲み薬【 有 ・ 無 】

11．熱性けいれん（ひきつけ）　:【　　歳　ヶ月頃 】　抗けいれん薬の処方（あり・なし）

12．その他（大きな手術など）　：

◆予防注射 （ 今までに受けたものに〇をつけてください ）

１．ヒブ（１回目・２回目・３回目・４回目）　２．小児用肺炎球菌（１回目・２回目・３回目・４回目）

３．四種混合（１回目・２回目・３回目・４回目）　４．Ｂ型肝炎 （１回目・２回目・３回目）　５．ＢＣＧ

６．麻疹・風疹混合（１期・２期）　７．水ぼうそう（１回目・２回目）

８．おたふく風邪（１回目・２回目）　９．日本脳炎（１回目・２回目・１期追加・２期）

１０．その他（　　）

◆食物アレルギー（有り・無し）　アレルギーを有する方：除去食対応（要・不要）

１．たまご　２．牛乳　３．小麦　４．大豆　５．米　６．そば　７．豚肉　８．鶏肉

９．その他（　　）

◆その他 （ 注意事項などあればご記入ください ）

病児利用日記入：（　．　／　）（　．　／　）（　．　／　）（　．　／　）（　．　／　）

あすなろ病児・病後児保育室　受付印