登録番号　（　　）

令和2年度　病後児保育利用登録申込書

年　　月　　日

病後児保育すみれ　様

申込者（保護者）名

登録児童	児童氏名（ふりがな）		愛称	性別	生年月日
				男・女	H・R　年　月　日 （　歳　ヶ月）
	自宅住所 〒　　－ 自宅電話番号（　　）－　　－				
	児童の兄弟姉妹	歳（男・女）　歳（男・女）　歳（男・女）			
	通園学施設名	（　　）区（　　）保育園・幼稚園・小学校			
	かかりつけ医	（　　）病院・クリニック　（　　）先生			
保護者・緊急連絡し	父	氏名：		携帯電話：	
		勤務先：		職種：	
		勤務先電話番号：			
	母	氏名：		携帯電話：	
		勤務先：		職種：	
		勤務先電話番号：			
新生児期	出生時の異常（有・無）		発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない	
予防接種	三種混合・四種混合	受けていない　・　受けた　（　Ⅰ期1回　2回　3回　Ⅰ期追加　）			
	BCG	受けていない　・　受けた	ポリオ	受けていない・受けた（1回・2回）	
	Hib	受けていない　・　受けた　（　1回　2回　3回　4回			
	肺炎球菌	受けていない　・　受けた　（　1回　2回　3回　4回			
	日本脳炎	受けていない　・　受けた　（　Ⅰ期1回　2回　Ⅰ期追加　）			
	MR	受けていない　・　受けた	B型肝炎	受けていない　・　受けた	
	おたふくかぜ	受けていない　・　受けた	水疱瘡	受けていない　・　受けた	

これまでにかかった病気に○をして下さい

1．突発性発疹　2．はしか　3．風しん　4．みずぼうそう　5．おたふくかぜ
6．熱性けいれん（回数：　回）（最後の発生　年　月　日）（坐薬の指示　有・無）
7．アトピー性皮膚炎　8．喘息及び喘息様気管支炎　（継続治療中　・　悪化時治療のみ）
9．その他（　　）

常時使用している薬	ない　・　ある　（具体的に：
入院したこと	ない　・　ある　（病名：
食事制限	ない　・　ある　（具体的に：

その他：体質や癖などで心配なこと、配慮してほしいことがありましたらご記入ください。