

もりのなかま 病児・病後児保育事業
利用登録申込書

※太枠内すべてご記入ください

カルテ番号：

記入日		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	〒 - (市・町・村) (市・町・村) 保育園・幼稚園・小学校 ☎ ()							
	通園施設名	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:)							
家族構成(同居)									
続柄		氏名		年齢		保護者連絡先	勤務先名 (なし・求職中)		
				歳			勤務時間 : ~ :		
				歳			職種		
				歳			携帯電話		
				歳			勤務先名 (なし・求職中)		
				歳			勤務時間 : ~ :		
				歳		職種			
				歳		携帯電話			
				歳		メールアドレス			
新生児期について		出生時の異常 なし ・ あり ()				発育・発達		ふつう ・ 検診などで指摘有り	
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	
	五種混合	受けていない・受けた ()回		Hib(ヒブ)	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 (麻疹・風疹)	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		
〇を付 かけて 下した 病い 気に	・突発性発疹		・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		アレルギー 症状 症状が強い時の対応 (エピペン なし・あり) なし ・ あり							
普段 使用している薬		内服薬・軟膏・吸入等の名称・回数を記入してください なし ・ あり							
その他		心配な事や配慮が必要な事などがあればお書きください							