

くらやま保育園病児保育室 利用登録申請書

年 月 日

(あて先) くらやま保育園 理事長 新村 康二

申請者 (保護者) 住所

氏名

利用の登録を申請します。

利用者	住所			
	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日

登録担当者

登録番号

くらやま保育園病児保育室登録票

登録日

年 月 日

登録申請者

児童氏名	(ふりがな)	性別	男 女	第 子	生年月日	平成 令和	年	月	日	
住所	〒 -				保育園名					
	電話番号:									
かかりつけ医					電話番号:					
家族の状況	氏名 (携帯電話番号)		年齢		勤務先等 (電話番号)					
	(父) ()				()					
	(母) ()				()					
	兄弟姉妹 その他同居者氏名	続柄()		年 月 日生		続柄()		年 月 日生		
	続柄()		年 月 日生		続柄()		年 月 日生			
周産期	妊娠中の異常 なし ・ あり → ()		出産 予定どおり ・ 早産 (週)		体重		g			
	出生時の異常 なし ・ あり → ()									
乳児期の発達	首のすわり (月)		おすわり (月)		一人歩き (月)					
	栄養法 (母乳 ・ 混合 ・ 人工)									
発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない									
予防接種のものに○)	BCG	受けていない・受けた								
	四種混合	受けていない・受けた (I期1回・2回・3回・追加)								
	麻疹・風疹	受けていない・受けた (I期・II期)								
	日本脳炎	受けていない・受けた (I期1回・2回・追加)								
	水痘	受けていない・受けた (1回・2回)								
	Hib・肺炎球菌	受けていない・受けた (I期1回・2回・3回・追加)								
	B型肝炎	受けていない・受けた (1回・2回・3回)								
	おたふくかぜ	受けていない・受けた (1回・追加)								
	ロタウイルス	受けていない・受けた (1回・2回・3回)								
その他										
既往歴 (今までにかかった病気の番号及び [] 内の事項について該当があれば○印又は必要事項を記入)										
1	突発性発疹	10	熱性けいれん							
2	麻疹 (はしか)		[最近 月 日 ・ これまで 回]							
3	水痘 (水ぼうそう)		[坐薬等の指示 有 ・ 無]							
4	風しん (三日ばしか)	11	てんかん [薬等の指示 有 ・ 無]							
5	おたふくかぜ	12	食物アレルギー							
6	[A B C] 肝炎(キャリア含)		[牛乳 卵 牛肉 鶏肉 落花生 大豆 小麦 米 他 ()]							
7	喘息・喘息様気管支炎 [薬の服用 毎日・不調時]		※原材料に使われてはいないが、同じ製造ラインを使用した食品 (可 不可)							
8	アトピー性皮膚炎	13	その他							
9	川崎病 [心臓合併症 有・無]		[具体的に:]							
入院歴					常時内服薬					
()歳	病名()	()	病院名()		病名()					
()歳	病名()	()	病院名()		薬名()					
()歳	病名()	()	病院名()		処方病院名()					