

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

印

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

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	生年月日	年 月 日
住所	〒 -	加入保険	記号番号	
電話番号			保険者	
			被保険者	
保育園等名	保育園 (所) ・ 幼稚園			
かかりつけ医	電話番号 :			
家族の状況	氏名	年齢	勤務先等 (電話)	
			()	
			()	
	兄弟姉妹その他同居者氏名	続柄 ()	続柄 ()	続柄 ()
		続柄 ()	続柄 ()	続柄 ()
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 (ヶ月)	おすわり (ヶ月)	一人歩き (ヶ月)	
	栄養法 (母乳 ・ 混合 ・ 人工)			
予防接種 (接種年月を記入)	ヒブ・プレベナー	I期(1回) 年 月 (2回) 年 月 (追加) 年 月 (3回) 年 月		
	B型肝炎	I期(1回) 年 月 (2回) 年 月 (3回) 年 月		
	四種混合	I期(1回) 年 月 (2回) 年 月 (追加) 年 月 (3回) 年 月		
	ツベルクリン	年 月 陽性・陰性	BCG	年 月
	麻疹・風疹	I期 年 月 II期 年 月		
	水痘	I期 年 月 II期 年 月		
	日本脳炎	I期(1回) 年 月 (2回) 年 月 (3回) 年 月		
	水痘	年 月		
	おたふくかぜ	年 月		
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	12	喘息・喘息様気管支炎 [薬の服用 毎日・不調時・なし]	
2	麻疹 (はしか)	13	アトピー性皮膚炎	
3	水痘 (水ぼうそう)	14	川崎病 [心臓合併症 有 ・ 無]	
4	風疹 (三日ばしか)		熱性けいれん	
5	おたふくかぜ	15	[最近 月 日 ・ これまで 回]	
6	百日咳		[坐薬等の指示 有 ・ 無]	
7	ヘルパンギーナ	16	てんかん [薬等の指示 有 ・ 無]	
8	肺炎	17	食物アレルギー	
9	とびひ		[牛乳 卵 牛肉 鶏肉 そば 落花生 大豆 小麦 他 ()]	
10	[A B C] 肝炎(キャリア含)	18	その他	
11	咽頭結膜炎 (プール熱)		[具体的に :]	
入院歴			常時内服薬	
()歳	病名()	病院名()	処方病院名()	
()歳	病名()	病院名()	病 名()	