

病児保育事業 利用登録申込書

病児保育室 まりんルーム殿

平成 年 月 日記入

申請者名

末尾の太枠はこちらで記入しますので記入しないでください

登録 児童	ふりがな 児童氏名	愛称	性別	生 年 月 日		
			男 女	(歳 ヶ月)		
	自宅住所(〒 -)					
	自宅電話番号 ()		自宅FAX番号 ()			
	児童の兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)		
	通園施設名	()市区町村()保育園・幼稚園・小学校			電話 ()	
	かかりつけ医	()医院・病院 ()先生				
保護者 緊急 連絡先	氏名	(歳)	続柄	父・母・その他()		
	氏名	(歳)	続柄	父・母・その他()		
	父	勤務先:	職種	携帯 電話	父: - -	
		電話:	()		母: - -	
母	勤務先:	職種	Eメール アドレス	無		
	電話:	()		(@)		
新生児期	出生時の異常 (有・無)		発育発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない		
予防接種	三・四種混合	受けていない・受けた(1期 1回 2回 3回 1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・3回・追加)		
	麻疹・風疹	受けていない・受けた	ヒブ(Hib)	受けていない・受けた(1回・2回・3回・追加)		
	(MR)	(1期・2期)	肺炎球菌	受けていない・受けた(1回・2回・3回・追加)		
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた		
	ロタウイルス	受けていない・受けた	B型肝炎	受けていない・受けた		
これまでにかかった主な感染症や病気 - かかった病気に○をつけてください -						
1. 突発性発疹症 2. はしか(麻疹) 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息および喘息様気管支炎(現在治療中・悪化時治療のみ) 9. その他 ()						
入院	ない・ある(病名: 歳 ヶ月)		病名: 歳 ヶ月)			
常時服用している薬	ない・ある(具体的に:)					
食事制限	ない・ある(具体的に:)					
その他	体調(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください)					

受付日

・

処理