

2024年

## 病児保育室利用登録申込書

西暦 年 月 日

ふりがな

児童名 (愛称) 西暦 年 月 日生

通園(通学)施設名

病後児施設登録 (無・有 保育園)

かかりつけ医

兄弟登録 (無・有)

## 自宅及び緊急連絡先

ふりがな 氏名	児童との続柄	自宅及び携帯電話番号	勤務先及び電話番号
第1連絡者 ふりがな		自宅 - -	勤務先
		携帯 - -	TEL - -
第2連絡者 ふりがな		自宅 - -	勤務先
		携帯 - -	TEL - -

予防接種	MR (未・済)	水ぼうそう (未・済)	おたふくかぜ (未・済)
感染症歴	麻疹 才 カ月	おたふくかぜ 才 カ月	
	風疹 才 カ月	突発性発疹 才 カ月	
	水ぼうそう 才 カ月		
これまでの病気	熱性けいれん なし・あり (初回 才 カ月・最後 才 カ月・これまでに 回)	(ダイアアップ指示 なし・あり ( °C以上))	
	ぜんそく なし・あり (どのような治療 )		
	アトピー性皮膚炎 なし・あり (どのような治療 )		
	アレルギー なし・あり (どのような )		
	入院したこと なし・あり (病名 才 カ月)	(病名 才 カ月)	
常備薬	喘息、けいれん等で常時内服している薬があれば、内服時間も含めてお書きください。	内服方法	家庭での薬の飲ませ方をお書きください。 粉のまま 水に溶いて その他
睡眠	お昼寝 約 時間 うつぶせ ・ 仰向け 寝かせかたは？	1才未満児は、離乳食の段階・時間、ミルクの量・時間をお書きください。 離乳食段階 (初期・中期・後期) 離乳食時間 時頃 時頃 ミルクの量 _____ ml ミルクの時間 時頃 時頃	
	好きな遊び	その他	体質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。