登録申込書

病児保育室あいあい

登録児童	フリガナ		愛　称	性別	生年月日
	児童氏名			男 女	西暦　　年　　月　　日 （　　歳　　ヶ月）
	自宅住所	〒（　　－　　）			
	通園施設名	（　　）保育園　・　幼稚園　・　小学校			
	かかりつけ医	（　　）医院・病院　（　　）先生			

緊急連絡先	保護者①	氏　名		保護者②	氏　名	
		続　柄			続　柄	
		携帯番号			携帯番号	
		勤務先名			勤務先名	
		勤務先電話			勤務先電話	

◆予防接種が済んでいるものに○をつけてください。

B型肝炎	受けた・受けていない	MR(麻疹・風疹混合)	1回・2回
ロタウイルス	受けた・受けていない	水ぼうそう	受けた・受けていない
小児用肺炎球菌	受けた・受けていない	おたふくかぜ	受けた・受けていない
ヒブ	受けた・受けていない	日本脳炎	Ⅰ期初回・Ⅰ期追加
四種混合	受けた(1回 2回 3回 Ⅰ期追加)・受けていない	はしか(麻疹)・風疹	受けた・受けていない
BCG	受けた・受けていない		

◆これまでにかかった主な感染症や病気に○をつけてください。

1. 突発性発疹　2. はしか　3. 風疹　4. 水ぼうそう(いつ　　年　　月) 5. おたふくかぜ(いつ　　年　　月)
6. 熱性けいれん　(初回はいつ　　年　　月　　日)(最後はいつ　　年　　月　　日)　回数(　)回
7. アトピー性皮膚炎　　8. 喘息 (継続治療中 ・ 悪化時治療のみ)
9. その他　かかった時期と病名を記入してください。
(　　)

◆治療中の病気や入院経験があれば記入してください。

1. 治療中の病気　(　　)　常時服用している薬　(　　)
いつから　(　　)　医療機関名　(　　)
2. 入院した病名　(病名:　　歳　　ヶ月)　(病名:　　歳　　ヶ月)
(病名:　　歳　　ヶ月)　(病名:　　歳　　ヶ月)

◆アレルギーがある(制限食)ものに○をつけてください

食べ物　(　粉ミルク　牛乳　卵　大豆　そば　ごま　小麦粉　その他　)
その他のアレルギー　(　　)

◆お子さんの性格や好きな遊び、寝るときのくせ、その他体質やくせなど配慮してほしい等の要望がありましたら具体的にお書きください。

受付日	番号	備考欄	確認者①	確認者②	確認者③
/　/					

2020.3改