

# 病児保育利用登録申請書

がじゅまる病児保育室

	年度	登録日	年	月	日	登録番号
ふりがな			性別 男・女	生年月日 (年齢)	( 年 月 日 歳  か月)	
児童氏名						
通園施設	( 電話 )					
保護者	父	氏名	(   歳 )		緊急連絡先	携帯電話等
		勤務先			連絡先	電話
	母	氏名	(   歳 )		緊急連絡先	携帯電話等
		勤務先			連絡先	電話
	自宅	〒 -		連絡先	電話	
	メールアドレス					
兄弟(姉妹)		歳(男・女)	通園施設・学年・組			
		歳(男・女)	通園施設・学年・組			
		歳(男・女)	通園施設・学年・組			
かかりつけ医	名称 ( 電話 )					
緊急時の病院	指定あり( ) なしの場合: 協力医療機関: 徳之島診療所					
予防接種	B型肝炎	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				
	インフルエンザ菌b型Hib	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				
	小児肺炎球菌	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				
	四種混合	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加・II期)				
	日本脳炎	受けていない・受けた(I期1回・2回・I期追加・2期)				
	麻疹・風疹(MR)	受けていない・受けた(1回・2回)				
	BCG	受けていない・受けた				
	水ぼうそう	受けていない・受けた(1回・2回)				
	ロタウイルス	受けていない・受けた(1回・2回) (1回・2回・3回)				
	おたふくかぜ	受けていない・受けた(1回・2回)				
	三種混合	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				
	ポリオ	受けていない・受けた(生ワクチン1回・2回・不活化ワクチン1回・2回・3回・4回)				
* これまでにかかった主な病気(かかった病気に○をしてください。)						
1.突発性発疹 2.麻疹(はしか) 3.風疹 4.水痘(水ぼうそう) 5.流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)						
6.熱性けいれん(  回) 7.アトピー性皮膚炎 8.喘息及び喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時のみ治療)						
9.アレルギー(アレルギー: ) 10.その他( )						
入院歴	ない・ある (病名:   歳  か月)					
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: )					
心配なこと、配慮してほしいこと						
身体面...						
発達面...						
その他心配なこと...						