|  |
| --- |
| 病後児保育　利用登録申込書 |
| 令和　　年　　　月　　　日登録 |
| 登録児童 | ふりがな | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | 男・女 | ２０ 　　年　　月　　日　（　　歳　　ヶ月） |
| 自宅住所　(〒　　　ー　　　） |
| 通園施設名：　　　　　　　　　　　保育園・幼稚園・小学校・その他（　　　　　　　　　　） |
| かかりつけの病院： |
| 保護者・緊急連絡先 | ふりがな | 続柄 | 勤務先: |
| 氏名 | 父・母 | 電話番号: |
| 携帯電話： | 勤務先からむく保育園まで　　　　　　分 |
| ふりがな | 続柄 | 勤務先: |
| 氏名 | 父・母 | 電話番号: |
| 携帯電話： | 勤務先からむく保育園まで　　　　　　分 |
|  |  |  |  |
| **既往歴について　（今までにかかった既往の番号に〇をつけてください。）** |  |
| １　突発性発疹 | ７　喘息・喘息性気管支炎【薬の服用　　毎日・不調時】 |
| ２　麻疹（はしか） | ８　川崎病　　【心臓合併症は　あり・なし】 |
| ３　水痘（みずぼうそう） | ９　熱性けいれん　【これまで　　回、最後　　歳　ヶ月】 |
| ４　風疹（三日ばしか） | １０　食物アレルギー【卵　牛乳　そば　小麦　その他（　　　　　　　　　）】 |
| ５　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |
| ６　アトピー性皮膚炎 | １１　その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 常時内服している薬 |
| １　なし　　　　２　あり【具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| **予防接種について（これまでに受けた予防接種の回数を□にチェックをしてください。）**◎裏面に母子手帳のコピー貼付(任意) |
| □□□□　 | 四種混合 | □□□□　 | 日本脳炎 |
| □□□□　 | Hibワクチン | □□　 | 水痘 |
| □ | BCG | □□ | 流行性耳下腺炎（おたふく） |
| □□　 | MR（風疹・麻疹） | □□□ | B型肝炎 |
| □□□□ | 小児肺炎球菌 | １価□□５価□□□ | ロタウイルス |
| □□ | インフルエンザ | □□□□　 | 新型コロナウイルス |