|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |