

はなえみ保育園 病児・病後児利用登録申込書

年 月 日記入

太枠内 全てご記入ください

申請者名

登 録 児 童	ふりがな 児童氏名		愛称	性別	生年月日	
	自宅住所(〒 -)					
	自宅電話番号					
	通園施設名	市 保育園・幼稚園・小学校				
	かかりつけ医	無・有()				
家 族 構 成 (同 居)	続柄	氏名	年齢	保護者連絡先		
			歳	保護者 続柄 ()	勤務先名: (なし・休職中)	
			歳		職種:	
			歳	保護者 続柄 ()	携帯番号:	
			歳		勤務先名: (なし・休職中)	
			歳		職種:	
		歳		携帯番号:		
新生児期	出生時の異常 無・有()		発育・発達	ふつう・健診や通園施設で指摘あり		
予 防 接 種	1.BCG	受けていない・受けた	2.三種混合	受けていない・受けた()回	3.四種混合	受けていない・受けた()回
	4.Hib(ヒブ)	受けていない・受けた()回		5.肺炎球菌	受けていない・受けた()回	
	6.MR(麻疹・風疹混合)	受けていない・受けた()回		7.B型肝炎	受けていない・受けた()回	
	8.ロタ	受けていない・受けた()回		9.ポリオ	受けていない・受けた ※経口(生ワクチン):()回 ※注射(不活化ワクチン):()回	
	10.水ぼうそう	受けていない・受けた()回		11.おたふくかぜ	受けていない・受けた()回	
	12.日本脳炎	受けていない・受けた()回		13.その他接種したもの	() () ()	
か か っ た 病 気	1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.食物アレルギー					
	7.熱性けいれん()回(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示有 _____℃以上・無)					
	8.アトピー性皮膚炎 9.喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 10.その他 (吸入したこと 有・無) ()					
入院したこと	なし・あり	(病名: 歳 カ月)(病名: 歳 カ月) (病名: 歳 カ月)(病名: 歳 カ月)				
常時内服している薬	なし・あり(内服薬の名前・回数)					
常時内服している 軟膏・吸入薬	なし・あり	(軟膏の名前・回数)		(吸入の名前・回数)		
除去食	なし・あり(具体的に:)					
その他	体質(薬物アレルギー等)や、クセ等心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください					

受付日	20 . .	登録番号	
-----	--------	------	--

受付者印	
------	--