

宝塚いろのま園 病児保育室利用登録申込書

記入日20年 月 日

登録番号

申請者名

登録児童	ふりがな 児童氏名		愛称		性別	生年月日	
					男・女	20 年 月 日 (登録時: 歳 ヶ月)	
	自宅住所 (〒 -)						
	自宅電話番号:						
	通園施設名						
	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: 職種:	(Tel:)
			歳		携帯電話:	
			歳	保護者続柄 ()	勤務先名: 職種:	(Tel:)
			歳		携帯電話:	
			歳	メールアドレス (携帯)		
		歳	緊急連絡先	父・母 (その他: 電話番号:)		

新生児期		出生児の異常 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	()		

罹った病気	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(今までに 回程度)(最後になった日 年 月 日)(座薬指示有 °C以上・無) 8. アトピー性皮膚炎 9. 喘息・喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)(吸入したこと 有・無) 10. その他 ()					
-------	--	--	--	--	--	--

入院歴	なし・あり	病名:	時期:	歳 ヶ月	病名:	時期:	歳 ヶ月
		病名:	時期:	歳 ヶ月	病名:	時期:	歳 ヶ月

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/吸入薬の名前・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)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。	