

にじいろ保育園 病後児保育室利用登録票

以下の事項について記入してください。

年 月 日記入

記入者名：

登録児童	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日	日生
	氏名					歳	ヵ月
	保育園・幼稚園	お子さんの愛称					
	かかりつけ医名	()					
自宅住所		(〒 -) 自宅電話 (() -)					
兄弟姉妹	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)		
緊急連絡先	1	氏名	続柄	勤務先名			
		電話番号	() -	勤務時間			
	2	氏名	続柄	勤務先名			
		電話番号	() -	勤務時間			
	3	氏名	続柄	勤務先名			
		電話番号	() -	勤務時間			
発育・発達	出生時または発達段階で何か異常がありましたか？ (有・無) あれば具体的にご記入ください。						
食事	現在の食事をご記入ください。 ・母乳 ・混合 ・人工 ・離乳食()回食 ・移行食 ・普通食						
予防接種	あてはまる項目に☑または○を記入してください。						
	B型肝炎	未	済	(1回・2回・3回)			
	□四種 □三種 混合	未	済	(I期1回・2回・3回 I期追加)			
	□ポリオ(不活化)	未	済	(I期1回・2回・3回 I期追加)			
	BCG	未	済				
	ヒブ	未	済	(I期1回・2回・3回 I期追加)			
	肺炎球菌	未	済	(I期1回・2回・3回 I期追加)			
	麻疹・風疹混合	未	済	(I期 II期)			
	日本脳炎	未	済	(I期1回・2回 I期追加 II期)			
	□タウウイルス	未	済	(1価1回・2回) (5価1回・2回・3回)			
みずぼうそう	未	済	(1回・2回)				
おたふくかぜ	未	済	(1回・2回)				
その他							

既往歴	これまでかかったことのあるものに☑を記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん 回数 () 回 初回年齢 () 最後年齢 () 座薬の指示：☐有 ☐無 使用経験：☐有 ☐無	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 髄膜炎
入院歴	☐無し ☐有り 病名： 年 月		
	病名： 年 月		
	病名： 年 月		
	病名： 年 月		
内服中の薬	喘息、アトピー性皮膚炎等で、常時内服しているお薬があれば具体的にご記入下さい。		
アレルギー	アレルギーがある場合は、内容を具体的にお書きください。		
食事制限	食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。		
その他	性格や癖、その他心配なことや配慮してほしいことについて具体的にお書きください。		

実施施設長 様

あなたの施設に預けております (児童氏名:) の病状変化に対する
処置として私及び私の代理人の者が迎えにくることができない場合、当保育園の
かかりつけ医への受診に同意します。また受診するにあたり、児童に関する情報を
共有することに同意します。

年 月 日

住所：

保護者氏名(自署)：