

病児保育室利用登録申込書（保護者記入） ①



ママサポ・テラス病児保育室 OHANA 施設長様

登録日 年 月 日

登録 児 童	(ふりがな)		呼び方	性別	生年月日
	氏名			男・女	年 月 日 (歳 ヶ月)
	住所 (〒 -)				
	通園通学施設名	()・小学校・幼稚園・保育園・こども園			学年 (年生)
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
	かかりつけ医	医療機関名： 医療機関名：			
保 護 者	(ふりがな)			電話番号	
	氏名		続柄：父・母 その他 ()	自宅 携帯	
	勤務先		職種	勤務先	
	(ふりがな)			電話番号	
	氏名		続柄：父・母 その他 ()	自宅 携帯	
	勤務先		職種	勤務先	

新生児期	出生時の異常 (無・有：)		発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない	
予 防 接 種	* 済のものには <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。				
	ヒブ	①□、②□、③□、④□		B型肝炎	①□、②□、③□、
	肺炎球菌	①□、②□、③□、④□		ロタ	①□、②□、③□、
	三混/四混	①□、②□、③□、④□ (三混/四混、どちらか一方です)			
	ポリオ	①□、②□、③□、④□ (生は2回、不活性4回)			
	BCG	①□	麻疹風疹	①□、②□	水痘
日本脳炎	①□、②□、③□		おたふく風邪		①□、②□

これまでにかかったことのある病気に してください。

既往歴	なし	<input type="checkbox"/> てんかん： 歳・ <input type="checkbox"/> 心臓病： 歳・ <input type="checkbox"/> 突発性発疹： 歳 <input type="checkbox"/> 川崎病： 歳・ <input type="checkbox"/> 水痘： 歳・ <input type="checkbox"/> おたふく： 歳・ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 麻疹： 歳・ <input type="checkbox"/> 風疹： 歳・ <input type="checkbox"/> アナフラキシーショック 歳			
熱性けいれん	なし	初回： 歳 ヶ月/最後 歳 ヶ月・これまでに () 回			
アレルギー	なし	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎			
過去の入院歴	なし	病名： (歳 ヶ月)・病名： (歳 ヶ月) 病名： (歳 ヶ月)・病名： (歳 ヶ月)			
その他、気になることや配慮してほしいことなどについて具体的にお書きください。					