

# 病後児保育室ひなた利用登録申込書

受付：平成 年 月 日

申請者名

登録番号	
------	--

登 録 児 童	児童氏名	愛称	性別	生年月日
			男	平成 年 月 日
			女	歳 ヲ月
	自宅住所（〒 - ）			
	電話番号			
	通園施設名 通園施設の所在する市町村（ ） （ ）保育園・こども園・幼稚園・小学校・他			
かかりつけ医 無 ・ 有（ ）				

保護者連絡先		続柄	家族氏名	年齢
続柄 （ ）	勤務先： 勤務時間： 職種：（なし・求職中） 携帯電話：			
続柄 （ ）	勤務先： 勤務時間： 職種：（なし・求職中） 携帯電話：			
		身近なご親族の連絡先（*任意）		

新生児	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（ ）
かかった病気	
熱性けいれん	なし・あり（ 回）（最後は 年 月 日）（座薬の指示 ℃以上）
喘息及び喘息様気管支炎	なし・継続治療中・悪化時治療のみ（吸入したこと 有・無）
常時使用している薬	なし・あり（内服薬・軟膏・吸入薬などの名称/回数）

予防接種 接種したものに☑を入れて下さい。		
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 三種混合（ 回）	<input type="checkbox"/> 四種混合（ 回）
<input type="checkbox"/> Hib（ 回）	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌（ 回）	<input type="checkbox"/> MR（風疹・麻疹混合）（ 回）
<input type="checkbox"/> B型肝炎（ 回）	<input type="checkbox"/> ロタ（ 回）	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ（ 回）
<input type="checkbox"/> ポリオ *経口/生ワクチン（ 回）	*注射/不活化ワクチン（ 回）	
<input type="checkbox"/> 水ぼうそう（ 回）	<input type="checkbox"/> 日本脳炎（ 回）	<input type="checkbox"/> その他（ ）

備考	
----	--