

みどりの森保育園 ももの木
登録申請書

20 年 月 日

次のとおり、病児保育の利用登録を申請します。また、市から利用状況(利用年月日、病名など)の問い合わせがあった場合は、申請内容を報告することに同意します。

登録児童	ふりがな 氏名： (男・女)
生年月日	20 年 月 日 (年齢： 歳 カ月)
在籍する 保育所、幼稚園、 小学校等	施設・園・学校名
かかりつけの 医療機関	医療機関名： 担当医： 電話： - -
緊急時の連絡先	優先①氏名： (続柄：) 連絡先 - -
	優先②氏名： (続柄：) 連絡先 - -
今までに かかった病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他大きな病気やけが(病名： いつ頃：)
予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回) <input type="checkbox"/> B型肝炎(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回) <input type="checkbox"/> 四種混合(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風しん混合(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) <input type="checkbox"/> 水痘(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回) <input type="checkbox"/> ロタウイルス(1価 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 5価 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) <input type="checkbox"/> その他()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()→※食事制限
その他	預かる際に注意すべきことなど

※年度毎の登録をお願いします。