

# 病後児保育 利用登録申込書

令和 年 月 日登録

登録児童	ふりがな	性別	生年月日
	氏名	男・女	20 年 月 日 ( 歳 ヲ月)
	自宅住所 (〒 - )		
	通園施設名: 保育園・幼稚園・小学校・その他 ( )		
	かかりつけの病院:		
保護者・緊急連絡先	ふりがな	続柄	勤務先:
	氏名	父・母	電話番号:
	携帯電話:		勤務先からむく保育園まで 分
	ふりがな	続柄	勤務先:
	氏名	父・母	電話番号:
	携帯電話:		勤務先からむく保育園まで 分

既往歴について (今までにかかった既往の番号に○をつけてください。)

1 突発性発疹	7 喘息・喘息性気管支炎【薬の服用 毎日・不調時】
2 麻疹(はしか)	8 川崎病 【心臓合併症は あり・なし】
3 水痘(みずぼうそう)	9 熱性けいれん 【これまで 回、最後 歳 ヲ月】
4 風疹(三日ばしか)	10 食物アレルギー
5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	【卵 牛乳 そば 小麦 その他 ( )】
6 アトピー性皮膚炎	11 その他(具体的に )
常時内服している薬	
1 なし 2 あり【具体的に: 】	

予防接種について(これまでに受けた予防接種の回数を口にチェックをしてください。)

◎裏面に母子手帳のコピー貼付(任意)

<input type="checkbox"/>	四種混合	<input type="checkbox"/>	日本脳炎
<input type="checkbox"/>	Hib ワクチン	<input type="checkbox"/>	水痘
<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎(おたふく)
<input type="checkbox"/>	MR(風疹・麻疹)	<input type="checkbox"/>	B型肝炎
<input type="checkbox"/>	小児肺炎球菌	1価 <input type="checkbox"/> 5価 <input type="checkbox"/>	ロタウイルス
<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス