

みどりのひだまり保育園 病児ルーム 利用登録申込書

記入日	年 月 日		申込者(保護者)名		
登録児童	氏名		愛称・呼び方	性別	生年月日
					年 月 日生まれ (歳 か月)
	住所	〒 _____			
		_____ ☎ (_____)			
通園施設名					
かかりつけ医		なし・あり(病院名: _____)			
家族構成(同居)			保護者連絡先		
続柄	氏名	年齢		続柄	勤務先名(_____)
		歳		(_____)	勤務時間(_____ ~ _____)
		歳			職種 (_____)
		歳			携帯電話(_____)
		歳		続柄	勤務先名(_____)
		歳		(_____)	勤務時間(_____ ~ _____)
		歳			職種 (_____)
		歳			携帯電話(_____)
新生児期について		出生時の異常 なし・あり(_____)		発育・発達	ふつう・検診などで指摘あり
予防接種	BCG	受けていない・受けた		肺炎球菌	受けていない・受けた(_____)回
	Hib(ヒブ)	受けていない・受けた(_____)回		ロタ	受けていない・受けた(_____)回
	MR(麻疹・風疹)	受けていない・受けた(_____)回		四種混合	受けていない・受けた(_____)回
	おたふく風邪	受けていない・受けた(_____)		B型肝炎	受けていない・受けた(_____)
	日本脳炎	受けていない・受けた(_____)		水ぼうそう	受けていない・受けた(_____)
	二種混合	受けていない・受けた(_____)回		HPV	受けていない・受けた(_____)
	その他接種したもの				
か つ か け た 病 気 だ さ い 〇 を	突発性発疹・インフルエンザ・感染性胃腸炎・肺炎 RS感染症・水痘・マイコプラズマ感染症 ヘルパンギーナ・おたふく(流行性耳下腺炎)・アレルギー性鼻炎・アデノウイルス感染症・結膜炎 手足口病・麻疹・中耳炎・百日咳 溶連菌感染症・風疹・副鼻腔炎(蓄膿症)・水いぼ 上記チェックに関しての入院歴(_____)				

裏面も記入してください

熱性けいれん	なし・あり()回 直近発症日 年 月 日 座薬の指示 なし・あり °C以上		
喘息及び喘息様気管支炎	なし・継続治療中・悪化時のみ治療		
アレルギー	アレルギー	症状	症状が強い時の対応(エビペン なし・あり)
	なし・あり		
普段使用している薬	内服薬・軟膏・吸入等の名称・回数を記入してください		
	なし・あり		
気を付けてほしいことを記入してください	食事		
	睡眠		
	排泄		
	くせ		
	その他		
緊急連絡先	氏名:	続柄()	電話番号
	氏名:	続柄()	電話番号