

病後児保育利用登録申請書

登録児童	ふりがな氏名	年 月 日 生まれ	
	保育園・幼稚園・小学校名等		
	かかりつけの医療機関		
	自宅住所	(〒 -) 電話番号 (- -)	
緊急連絡先	父	氏名	勤務先名
		電話・携帯電話	勤務先の電話番号
	母	氏名	勤務先名
		電話・携帯電話	勤務先の電話番号
	父母以外	氏名	児童との続柄
		電話番号	勤務先名
	携帯番号	勤務先の電話番号	
既往歴	これまでかかったことのあるものに☑をしてください。		
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 風疹
	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 髄膜炎
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん 回数 () 回 初回年齢 () 歳 最後の年齢 () 歳 座薬指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 座薬名 使用経験 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他	
入院歴	入院歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	病名:	年	月
	病名:	年	月
	病名:	年	月

常時内服中の薬	喘息、アトピー性皮膚炎等で、常時内服中の薬があれば具体的にご記入ください。
食事制限	食事制限の必要 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ※食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。
その他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。

上記のとおり、病後児保育事業の登録を申請します。
 なお、ひがしまち保育園病後児保育事業利用規程の内容について理解し、遵守することに同意します。

令和 年 月 日

ひがしまち保育園 園長 様

保護者住所

氏名

(自署)

印