

第1号様式（第8条関係）

病後児保育事業利用登録票

記入者 _____

登録番号

記入日 年 月 日

ふりがな				生年月日		年 月 日生（ 歳 か月）	
対象乳幼児氏名		男 女					
保 護 者	父氏名	（ 歳）		お子さんの愛称等			
	母氏名	（ 歳）		兄弟・姉妹		歳（男・女）	
	住 所						
	電 話						
	職 業	父（ ）母（ ）					
緊急連絡先		① 電話		勤務先：		続柄：	
		② 電話		勤務先：		続柄：	
園名・校名等						TEL：	
かかりつけ医名						TEL：	
予 防 接 種 歴 感 染 症 歴 (○をつけてく ださい)	麻 し ん	接種済み・感染歴あり		風 し ん	接種済み・感染歴あり		
	百 日 咳	接種済み・感染歴あり		ジ フ テ リ ア	接種済み・感染歴あり		
	破 傷 風	接種済み・感染歴あり		水 ぼ う そ う	接種済み・感染歴あり		
	おたふくかぜ	接種済み・感染歴あり		日 本 脳 炎	接種済み・感染歴あり		
	B 型 肝 炎	接種済み・感染歴あり		B C G（結核）	接種済み・感染歴あり		
こ れ ま で の 病 気 等	け い れ ん	歳 か月 これまでに 回 熱が . °Cの時					
	気 管 支 喘 息	薬を飲んで <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（毎日・発作時）					
	喘 息 性 気 管 支 炎	吸入をして <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（毎日・発作時）					
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（治療は <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 食事療法）					
	その他の病気						
入 院 歴	病名		歳		か月		
常時内服薬							
食事で注意が 必要なこと	食物アレルギーの有無・注意事項 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的： _____）						
配慮して 欲しいこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的： _____）						

この登録票は、病気回復期のお子さんを安全にお預かりするため、保育者（看護師・保育士）があらかじめ知っておきたい事項について記入いただくものです。

受付日： 年 月 日 受付施設：病後児保育室 担当： _____