①

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

# 病後児保育室

# 事前登録申請書

**（保護者記載用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 申請者名（保護者名） |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 〒 - | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 性　別 | 男 ・ 女 |
| お子さま  氏 名 |  | | | 平　熱 | ℃ |
| 生年月日 | 年　　 月 日 | 年 齢 | 歳 ヶ月 | | |

該当項目の□に✔を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康調査 | 予防接種  （母子手帳添付可） | □BCG（　年　月）□三種混合（　年　月）□ポリオ（　年　月）  □MR(風疹・麻疹)（　年　月）□水痘（　年　月）□B型肝炎ワクチン（　年　月）  □ロタウイルス（　年　月）□おたふくかぜ（　年　月）□肺炎球菌（　年　月）  □ヒブワクチン（　年　月）□その他（　　　　　　　　　　（　 年 　月）） | |
| 今までにかかった  感染症 | □麻疹　□麻疹　□ポリオ　□突発性発疹　□水痘　□おたふくかぜ  □溶連菌感染症　□B型肝炎 □その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| アレルギー | □有  □無 | （アレルギー品目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （起こした時の症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他今までにかかった病気で注意すべきもの | □熱性けいれん（初回：　　　歳児）  （以後：　　　回反復　　最終：　　年　　月）  □喘息 （□毎日服用　□発作時のみ　□服用なし）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 健康保険証番号 | | 記号　　　　　　　　番号　　　　保険者番号 | |
| ※その他、お子さまを預けられる際にスタッフに知ってほしいこと、ご要望があればご記入ください。 | | | |
| 上記の記載に間違いが無い事を誓約し、病後児保育室の利用を申し込みます。 また、子どもの容態が急激に悪化した場合、医療機関での受診・治療・処置を行うことに同意します。  年 月 日 氏　名： | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | 台帳登録 |  | 北大病院受診歴　　　　　　備考  □有（　　　年 　　頃）□無  有の場合、小児科受診歴　□無  ID: |
| 月　　日 | 月　　日 |
|  |  |

**※裏面の緊急連絡先も必ずご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **同居家族等** | | | | |
| 続柄 | ふりがな  氏　　　　　名 | | 勤務先  （所属部署） | 電話番号 | |
|  |  | |  | 自宅  携帯  勤務先 | |
|  |  | |  | 自宅  携帯  勤務先 | |
|  |  | |  | 自宅  携帯  勤務先 | |
| 日常の保育状態 | | □保育所に通所（保育所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □幼稚園に通園（保育園名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □小学校に登校（小学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □自宅で療養 | | |
| かかりつけの病院 | | 病院名 | | |