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 |