

2020年

## 病児保育室「おおきな樹」利用登録申込書

西暦

年

月

日

ふりがな

児童名

(愛称

)西暦

年

月

日生

通園(通学)施設名

病児・病後児施設の登録

(無・有

施設名:

)

かかりつけ医

兄弟登録

(無・有)

## 自宅及び緊急連絡先

ふりがな 氏名	児童との続柄	自宅及び携帯電話番号	勤務先及び電話番号
第1連絡者 ふりがな		自宅 - -	勤務先
		携帯 - -	TEL - -
第2連絡者 ふりがな		自宅 - -	勤務先
		携帯 - -	TEL - -

予防接種	MR (未・済)	水ぼうそう (未・済)	おたふくかぜ (未・済)
感染症歴	麻疹 才 カ月	おたふくかぜ 才 カ月	
	風しん 才 カ月	突発性発疹 才 カ月	
	水ぼうそう 才 カ月		
これまでの 病気	熱性けいれん なし・あり (初回 才 月・最後 才 月・これまでに 回) (ダイアアップ指示 なし・あり ( °以上)		
	ぜんそく なし・あり (どのような治療 )		
	アトピー性皮膚炎 なし・あり (どのような治療 )		
	アレルギー なし・あり (どのような )		
	入院したこと なし・あり (病名 才 月) (病名 才 月)		
常備薬	喘息、けいれん等で常時内服している薬があれば、 内服時間も含めてお書きください。	内服方法	家庭での薬の飲ませ方をお書きください。 粉のまま 水に溶いて その他
睡眠	お昼寝 約 時間 うつぶせ ・ 仰向け 寝かせかたは?		1才未満児は、離乳食の段階・時間、ミルクの量・時間をお書きください。 離乳食段階 (初期・中期・後期) 離乳食時間 時頃 時頃 ミルクの量 _____ ml ミルクの時間 時頃 時頃
好きな遊び		その他	体質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。

## お迎えサービス利用登録欄

病児保育お迎えサービスの利用登録を する ・ しない

※対象施設につきましては別紙「お迎えサービス対象施設一覧」をご確認ください