

病後児保育登録書

理事長	園長	主任

児童名	ふりがな		生年月日	年 月 日	
			愛称		
在園場所 (保育所/幼稚園/小学校名)			電話番号		
通院病院	病院名				
	電話番号		担当医師名		
健康保険 被保険者番号	記号	番号	被保険者番号		
保護者氏名	ふりがな		電話番号		
保護者住所	〒				
緊急連絡先	父	住所			
		電話			
	母	住所			
		電話			
予防接種	三種混合	受けていない ・ 受けた (I 期 1 回 2 回 3 回 I 期追加)			
	BCG	受けていない ・ 受けた	ポリオ	受けていない ・ 受けた	
	はしか	受けていない ・ 受けた	風疹	受けていない ・ 受けた	
	水ぼうそう	受けていない ・ 受けた	おたふくかぜ	受けていない ・ 受けた	
これまでにかかった主な感染症と病気 (○を付けて下さい)					
1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹					
4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病					
7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜炎					
10 ヘルパンギーナ 11 熱性けいれん 12 じんましん					
13 結核 14 ぜんそく 15 アトピー性皮膚炎					
16 とびひ 17 その他					
アレルギー体質 【 無 ・ 有 】					
詳細					
お子様について、なにか御心配なことがあれば具体的にお書き下さい。					

上記の通り、病後児保育を利用したいので登録を申請します。なお、利用期間中は施設の指示に従います。

年 月 日 保護者名 印