

平成 年度 病後児保育利用登録申請書

ふりがな 乳幼児名		在園名	保育園 幼稚園 歳児クラス
生年月日		愛称	
住所		自宅電話 番号	
緊急 連絡 先	父	氏名	携帯電話番号等：
		勤務先	勤務先電話番号：
	母	氏名	携帯電話番号等：
		勤務先	勤務先電話番号：
	他		電話番号：
かかりつけ医療機関		電話番号：	
アレルギー有無 無・有（詳細 ） 熱性けいれん 無・有（最終発作日 ） 喘息 無・有 注意してほしい問題点			
既往歴（これまでにかった病気すべてに○を付けてください。）			
・突発性発疹		・麻疹（はしか）	・水痘（水ぼうそう）
・風疹（三日ばしか）		・咽頭結膜炎（プール熱）	・流行性耳下腺炎
・ヘルパンギーナ（夏風邪）		・百日咳	・手足口病
・伝染性紅斑（りんご病）		・熱性けいれん	・川崎病
・肺炎		・結核	・溶連菌感染症
・その他			
予防接種（これまでに受けたものすべてに○を付け接種回数を記入してください。）			
・BCG		・MR（麻疹・風疹）	（ 回接種）
・ポリオ（ 回接種）		・三種混合・四種混合	（ 回接種）
・肺炎球菌（ 回接種）		・水痘（水ぼうそう）	（ 回接種）
・ヒブ（ 回接種）		・流行性耳下腺炎（おたふく）	（ 回接種）
・日本脳炎（ 回接種）		・その他	

このたび私は、病児・病後児保育室利用連絡票の事由により子どもを保育室に預けますが、症状が急変した場合は、園長の判断で、専門医等の受診をされる事を承諾致します。

平成 年 月 日

保護者氏名

住所

電話番号

⑩