

病児保育室事前登録申請書

平成 年 月 日 記入

スマイスセレソンスポーツ保育園

申請者(保護者) 住所

氏名

病児保育室の利用について、次のとおり申請します。

(□欄については該当項目にレ印を記入してください。)

ふりがな				性別	男 ・ 女
児童氏名				生年月日	平成 年 月 日 (歳)
同居家族等	緊急時 連絡の 順位	続柄	ふりがな 氏名	勤務先 (所属部署)	電話番号
	1				自宅 携帯 勤務先
	2				自宅 携帯 勤務先
	3				自宅 携帯 勤務先
健康保険証 番号		記号	番号	保険者番号	
日常の保育状態		<input type="checkbox"/> 保育所に通所 (保育所名) <input type="checkbox"/> 幼稚園に通園 (幼稚園名)			
かかりつけの病院		内科 (病院名) 外科 (病院名)			

病児保育児童登録票

年 月 日 記入

ふりがな 幼児・児童名	男 女	生年月日 年 月 日	年齢 満 歳 カ月						
ふりがな 保護者氏名	自宅住所 電話番号								
通園施設名	施設名 クラス名	かかりつけ 医療機関名	医療機関名 電話番号						
世帯の状況	氏名	年齢	勤務先名	電話番号	お子さんの愛称				
	父				お子さんの平熱 ℃				
	母								
	その他の家族								
	父方祖父				お子さんの血液型 () Rh (+・-)				
	祖母								
	母方祖父								
	祖母								
妊娠中の状態	異常なし・あり (妊娠中毒症・強いつわり・貧血・糖尿病・その他)								
分娩時の状態	異常なし・あり (かん子・吸引・帝王切開・骨盤位・その他)								
出生時の記録	身長(cm)	体重(g)	未熟児(在胎週数 週)						
栄養の様子	哺乳方法 : 母乳 カ月まで : 混合・人工 哺乳開始 : カ月								
出生時の状態	異常なし・あり (仮死・けいれん・黄疸・保育器・光線療法・代謝)								
発達の様子	首の座り	カ月	あやすと笑う	カ月	寝返り	カ月			
	ひとり座り	カ月	人見知り	カ月	はいはい	カ月			
	つかまり立ち	カ月	つたい歩き	カ月	ひとり立ち	カ月			
	ひとり歩き	カ月	歯の生えはじめ	カ月					
予防接種	四種混合	1回	・	ツベル クリン 反応		日本脳炎	1回	・	
		2回	・				2回	・	
		3回	・				追加	・	
		1期追加	・	BCG	・	1回	・		
	MR	1回	・	水痘	1回	・	B型肝炎	2回	・
		2回	・		2回	・		3回	・
	流行性 耳下腺炎	1回	・	風疹	・	ポリオ	1回	・	
		2回	・		2回		・		

	病名	年月日	病名	年月日	病名	年月日
既往歴	麻疹	・ ・	溶連菌感染症	・ ・	結膜炎	・ ・
	風疹	・ ・	手足口病	・ ・	B型肝炎	・ ・
	水痘	・ ・	伝染性紅斑	・ ・	突発性発疹	・ ・
	流行性耳下腺炎	・ ・	肺炎	・ ・	中耳炎	・ ・
既往歴	ひきつけ	有熱・無熱	これまで(回)	初回(歳 箇月)	最後(歳 箇月)	
既往歴	その他 (大きな病気やけが)	傷病名 経過				
起こしやすい 病気等	鼻出血 ・ 風邪 ・ 下痢 ・ 脱臼 ・ じんましん ・ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ その他()					
食器用具	スプーン ・ 箸 ・ 哺乳ビン ・ マグマグ ・ ストロー ・ コップ					
偏食の状況	無 ・ 有 ()					
食物アレルギー	無 ・ 有 (牛乳・卵・肉・その他)					
その他の アレルギー						
喘息	無 ・ 有 (歳 箇月から 発作の回数 回)					
離乳食	1日(回) 朝・昼・夜 ごっくん・モグモグ・カミカミ					
睡眠	1日(時間) 午睡:する 1日(時間) ・ しない					
排泄の自立	自分で排尿 できる ・ できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)					
	自分で排便 できる ・ できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)					
くせ・性格						
心配なこと又は配慮してほしいことがありましたら記入してください。						