

2025年		病児保育室利用登録申込書		西暦		年		月		日	
ふりがな											
児童名		(愛称)		性別 (男・女)		西暦		年		月	
						登録時年齢		(歳)		日生	
										(ヵ月)	
通園(通学)施設名				集団保育歴 (年)		病後児施設登録 (無・有)				保育園	
						きょうだい登録 (無・有)				氏名()	
かかりつけ医										氏名()	
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					
第2連絡者		ふりがな				携帯		-		-	
						TEL		-			
						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		かかったことがある感染症 (なし ・ あり)		水ぼうそう		才		ヵ月			
		麻疹		才		ヵ月		おたふくかぜ		才	
		風しん		才		ヵ月		突発性発疹		才	
これまでの病気		熱性けいれん		なし ・ あり		(初回		才		ヵ月 ・ 最後	
								才		ヵ月 ・ これまでに	
										(回)	
										(ダイアップ指示	
										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		ヵ月)	
						(病名		才		ヵ月)	
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。 ※スポイト・内服補助ゼリー等が必要であれば、利用時にご持参ください。			
								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。			