

# 病児保育所つくし 登録書

ID
登録日 R 年 月 日

フリガナ			愛称	生年月日	
お名前				H・R 年 月 日 生まれ	
				歳	ヶ月
保育所 学校名	保育所・園・こども園 幼稚園・小学校		入園	H・R 年 月	
住所	〒 -		自宅電話	- -	
メールアドレス					
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名称・通学(園)先名・TEL	部署・内線
				TEL - -	
				TEL - -	
				TEL - -	
緊急連絡先	①氏名	児童との続柄			
	電話	-	-	(自宅・携帯・勤務先・その他)	
	②氏名	児童との続柄			
	電話	-	-	(自宅・携帯・勤務先・その他)	
	③氏名	児童との続柄			
	電話	-	-	(自宅・携帯・勤務先・その他)	
食事 アレルギー	ない				
	ある	卵 牛乳 除去の程度(	小麦 大豆	その他( )	
熱性 けいれん	ない				
	ある	初回( 歳 ヶ月)		合計( )回	
		最後( 歳 ヶ月)			
		発熱時の対応、座薬の指示( )			
発達	妊娠中の異常	無・有( )			
	出産時の異常	無・有( )			
	発達の異常	無・有( )			
平日利用希望時間	( : ~ : )				
土曜日利用	希望しない・希望する( : ~ : ) ※最長14:00				

<b>既往歴</b> 今までにかかった病気の番号に○を付けてください	1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風しん(三日はしか) 5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	6 百日せき 7 ぜんそく 8 川崎病 心臓合併症 : あり・なし 9 その他 ( )
<b>予防接種歴</b>	生ポリオ ( 1 2 ) 不活性化ポリオ ( 1 2 3 4 ) BCG ( 済 未 ) 三種混合 ( 1 2 3 4 ) 四種混合 ( 1 2 3 4 ) おたふくかぜ ( 1 2 ) ロタリックス ( 1 2 ) その他の予防接種で受けたもの( )	MRワクチン ( 1 2 ) 日本脳炎 ( 1 2 3 ) ヒブワクチン ( 1 2 3 4 ) 肺炎球菌 ( 1 2 3 4 ) 水痘 ( 1 2 ) B型肝炎 ( 1 2 3 ) ロタテック ( 1 2 3 )
<b>かかりつけ医</b>	<b>市</b> <span style="float: right;"><b>病院・医院</b></span>	
<b>その他</b> 事前に保育士に伝えておきたいこと		
<b>保育士記載欄</b>		

医療法人協仁会 病児保育所つくし 理事長 井谷 敬治 様

上記のとおり病児保育利用の登録を申請します。

年 月 日

保護者氏名

印

※ この登録用紙に記載された内容は、守秘義務により第三者には知られません。