病後児保育事業 登録申請書

# 申請日 年 月 日

フェアリーテイル鷺宮駅前園　施設長　宛て

上記事業の利用に係る登録をしたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 (保護者) | 氏 名 |  | 自宅電話 |  |
| 住 所 |  |
| 児 童 | ふりがな |  | 生年月日 | 年 齢 |
| 氏 名 |  |  |  |
| 保 護 者連 絡 先 | 氏 名 | (続柄 ) | 氏 名 | (続柄 ) |
| 携帯電話 |  | 携帯電話 |  |
| 勤務先 | 名称 |  | 勤務先 | 名称 |  |
| 電話 |  | 電話 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 | （続柄 ） | 電話番号 |  |
| ※緊急連絡先には、勤務先・保護者以外の親族等を記入してください。 |
| 保護者・登録児童以外の同居家族 | 氏 名 | 年齢 | 続柄 | 通学･通勤先等 | 氏 名 | 年齢 | 続柄 | 通学･通勤先等 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 予防接種 | ヒブ | ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日 |
| 肺炎球菌 | ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日 |
| 四種混合（DPT-IPV） | ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日 |
| ＢＣＧ | 年 月 日 | MR | ① 年 月 日② 年 月 日 |
| 水痘) | ① 年 月 日② 年 月 日 |
| 日本脳炎 | ① 年 月 日② 年 月 日③ 年 月 日 |
| そ の 他 |  |
| 感染症歴 | 麻疹(はしか) | □なし □あり 歳 か月 | 百 日 咳 | □なし □あり 歳 か月 |
| 風 疹 | □なし □あり 歳 か月 | 突発性発疹 | □なし □あり 歳 か月 |
| 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） | □なし □あり 歳 か月 | その他 | 病名（ ) 歳 か月病名（ ) 歳 か月 |
| 水痘(水ぼうそう) | □なし □あり 歳 か月 |
| そ の 他 | 熱性けいれん（ひきつけ） | □なし □あり 初回 歳 か月 ・ 最近 歳 か月 (過去 回程度) ※ダイアップ使用歴　□なし　□あり　ご家族の既往歴　□なし　□あり |
| 喘 息 | □なし ☐薬を飲んでいる {☐毎日 (☐朝 ・ ☐昼 ・ ☐夕) ・ ☐発作時のみ}* 吸入をしている {☐毎日 (☐朝 ・ ☐昼 ・ ☐夕) ・ ☐発作時のみ}
 |
| 食物アレルギー | □なし ☐食事療法をしている(除去食品 )※食べてしまった時の症状( ) |
| アトピー性皮膚炎 | □なし ☐薬を飲んでいる( ) ☐薬を塗っている( ) |
| 上記以外の病気や大怪我をしたことがありますか ☐いいえ・☐はい(具体的に ) |
| 発達上、気になることがありますか ☐いいえ・☐はい(具体的に ) |
| 頭を強く打ったことがありますか ☐いいえ・☐はい(具体的に ) |
| 入院したことがありますか ☐いいえ・☐はい(具体的に ) |
| 常時飲んでいる薬がありますか ☐いいえ・☐はい(具体的に ) |
| 与薬後、発疹や異常が出たことがありますか ☐いいえ・☐はい(具体的に ) |
| その他の体質やアレルギー、癖などはありますか ☐いいえ・☐はい(具体的に ) |