病後児保育利用登録申請書

年　　月　　日

たいようこども園園長　様

申請者　住所

（保護者）　氏名　　㊞

（TEL.　　－　　－　　）

次のとおり病後児保育の利用登録を申請します。

児童の氏名（ふりがな） （生年月日・年齢）	（男・女） （　　年　　月　　日生　　歳　か月）		申請者との続柄	
在籍する保育所等	（TEL.　　－　　－　　）			
かかりつけ医	名称　　担当医師名 （TEL.　　－　　－　　）			
家族の状況	父	（　　歳）		（　　歳）
	母	（　　歳）		（　　歳）
		（　　歳）		（　　歳）

緊急時の連絡先	氏　名	TEL	児童との続柄
		－　　－	
		－　　－	

アレルギーの有無	□有（症状　　）
	□無

既往症	□麻疹（はしか）	□百日咳	□異型肺炎（マイコプラズマ肺炎）
	□水痘（水ぼうそう）	□てんかん	□結核
	□風疹（三日ばしか）	□熱性けいれん	□喘息
	□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	□川崎病	□アトピー性皮膚炎
	□食物アレルギー（ミルク・卵・ソバ・大豆・その他　　）		
	□その他（　　）		

予防接種	□ＢＣＧ	未・済
	□ＭＲ	未・１期済・２期済
	□ポリオ（□生ワク □不活化 ※四種混合接種者は記入不要	未・１回目済・２回目済・３回目済・４回目済
	□三種　□四種　混合	未・１期１回目済・２回目済・３回目済・追加済
	□日本脳炎	未・１期１回目済・２回目済・追加済
	□ヒブワクチン	未・１回目済・２回目済・３回目済・４回目済
	□肺炎球菌	未・１回目済・２回目済・３回目済・４回目済
	□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	未・１回目済・２回目済
	□水痘（水ぼうそう）	未・１回目済・２回目済
	□Ｂ型肝炎（ＨＢ）	未・済
	□その他	（　　）

保育上注意してほしいこと