

登録番号	
------	--

## 病後児保育利用登録申込書

20 年 月 日記入

愛光園園長 殿

申請者名 \_\_\_\_\_

※末尾の太枠はこちらで記入しますので記入しないで下さい。

登録児童	ふりがな	愛称		性別	生年月日		
	児童名前			男・女	年 月 日		
	自宅住所	(〒 - - - )			年齢・月齢		
		Tel: ( ) - - - /Fax: ( ) - - -			歳・ヶ月		
	兄弟姉妹	歳(男・女) /		歳(男・女) /	歳(男・女)		
	通園施設	( ) 市 ( ) 保育園・幼稚園			Tel:( ) - - -		
	主治医	( ) 医院・病院		( ) 先生	Tel:( ) - - -		
保護者・緊急時連絡先	優先	保護者名前	続柄	勤務先・電話		携帯電話	
	1		父・母 他 ( )		( ) - - -	( ) - - -	
	2		父・母 他 ( )		( ) - - -	( ) - - -	
	3		父・母 他 ( )		( ) - - -	( ) - - -	
新生児期	出生児の異常(有・無)	発育・発達で気になる点		有( )・無			
予防接種	三種混合	受けていない・受けた ( I 期 1回・2回・3回 I 期追加 )					
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた ( 1回・2回 )			
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた	風疹	受けいない・受けた			
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けいない・受けた			
これまでにかかった主な感染症・病気 ーかかった病気に○をつけてくださいー							
1. 突発生発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 熱生けいれん (回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他( )							
入院したこと	ない・ある	病名:	歳	ヶ月	病名:	歳	ヶ月
		病名:	歳	ヶ月	病名:	歳	ヶ月
常時服用している薬	ない・ある	具体的に					
食事制限	ない・ある	具体的に					
その他	体質(薬物アレルギー等)や癖など、心配なことや配慮して欲しいことについて具体的にお書き下さい						

利用料金	徴収(済・未) 免除・減額	受付日	年 月 日	処理	
------	------------------	-----	-------	----	--