

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	受けていない・受けた		
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた		
これまでにかかった主な感染症・病気 - にかかった病気に○をつけてください -						
1. 突発性発疹 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	
------	------------------	-----	-------	----	--