

# 病児保育事業利用登録申請書

申請日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

申請者 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

児童名 \_\_\_\_\_

※**太枠内**をご家庭にてご記入ください。

※個人情報保護法にもとづいて、記入いただいた個人情報は適正に取り扱いいたします。

※児童票はお子様が退園後5年間保育園で保管いたします。

# 児童票

年 月 日 記入

ふりがな						
児童名						
愛称				性別	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日生			血液型	型 RH(+・-)	
保護者名	(続柄: )			健康保険	種類(社保・国保・共済・その他)	
住所	〒				記号_____番号_____	
電話番号				FAX	保険者名( )	
第一緊急連絡先	氏名 (続柄: ) TEL					
第二緊急連絡先	氏名 (続柄: ) TEL					
家族の状況	父	フリガナ			勤務先名	
		氏名	( 年 月 日生 才)		勤務先住所	
					勤務先電話	
					携帯電話	
	母	フリガナ			勤務先名	
		氏名	( 年 月 日生 才)		勤務先住所	
					勤務先電話	
					携帯電話	
兄弟姉妹	歳		歳	歳		
通園施設について						
<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園に通園している (施設名: _____)			<input type="checkbox"/> 通園していない TEL. _____ )			
送迎	通常時送迎者	送り			迎え	
	代理送迎者	送り			迎え	
	通園方法	徒歩・バス・電車・車・その他( )			通園所要時間	時間 分
かかりつけ医	病院名		診療科目		電話番号	

## 既往症・病歴・体質等

既往症	麻疹( 歳) 風疹( 歳) 水痘( 歳) 中耳炎( 歳) 百日咳( 歳) 肺炎( 歳) 流行性耳下腺炎( 歳) _____ ( 歳) _____ ( 歳)
病歴及び体質	熱性けいれん(ひきつけ)・鼻血・喘息・心臓疾患・便秘・下痢症・ヘルニア・風邪を引きやすい・脱臼(部位: _____ ) アレルギー疾患(有 _____ ) / 無 その他注意を要する事項
その他	お子様のことで不安なことや、保育所に希望することがあれば記入してください。

## 予防接種

定期予防接種	Hib (インフルエンザ菌 B型)	(1) 年 月 日	肺炎球菌 (13価結合型)	(1) 年 月 日
		(2) 年 月 日		(2) 年 月 日
		(3) 年 月 日		(3) 年 月 日
		(4) 年 月 日		(4) 年 月 日
	B型肝炎	(1) 年 月 日	DPT-IPV I期 (四種混合)	(1) 年 月 日
		(2) 年 月 日		(2) 年 月 日
		(3) 年 月 日		(3) 年 月 日
	BCG	(1) 年 月 日	麻疹・風疹 混合(MR)	(4) 年 月 日
		陰性・陽性 年 月 日		(1) 年 月 日 (2) 年 月 日
	日本脳炎	(1) 年 月 日	水痘	(1) 年 月 日
		(2) 年 月 日		(2) 年 月 日
		(3) 年 月 日	ロタウイルス	(1) 年 月 日
(4) 年 月 日		(2) 年 月 日		
		(3) 年 月 日		
その他	注射名	接種日	注射名	接種日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日

※上記、予防接種の記入をお願いします。または、母子手帳の予防接種歴がわかるページのコピー添付可

配慮してほしい点