

病児保育登録届

(宛先) みなここ保育園

みなここ保育園病児保育施設の利用について、次のとおり登録を届け出いたします。

届け出日 年 月 日

保護者氏名

住所

児童情報	ふりがな 氏名		性別		愛称		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月			
在籍している園名			平常時の体温	℃			
緊急連絡先 ①	氏名	続柄()		緊急連絡先 ②	氏名	続柄()	
	勤務先名				勤務先名		
	勤務先電話番号				勤務先電話番号		
	携帯電話				携帯電話		
予防接種 ※過去1回でも 投与があれば 済	BCG	未・済	水痘(水ぼうそう)	未・済			
	四種混合	未・済	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未・済			
	MR混合(麻疹、風疹)	未・済	日本脳炎	未・済			
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)		<input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 肘内障 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他()				
治療中の病気	(喘息、心臓疾患など)						
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品() <input type="checkbox"/> エピペン持参あり						
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤()						
けいれんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 過去()回 最終の発作()年 月頃 診断名() かかりつけ医() けいれん止め <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
保育上配慮してほしい点							