

病後児保育登録申請書

しあわせ保育園 園長 様

年 月 日

申請者氏名 印

※必要事項の記入と当てはまる項目を○で囲んでください。

フリガナ 児童氏名		(愛称)	男・女	生年月日	年	月	日生 (歳 ヶ月)
住所							電話番号： () 携帯電話： ()
世帯の状況	父：氏名		勤務先				電話番号
	母：氏名		勤務先				電話番号
	同居家族：氏名 (続柄)		氏名 (続柄)				
	氏名 (続柄)		氏名 (続柄)				
		氏名 (続柄)	氏名 (続柄)				
緊急連絡先： 氏名 () 電話番号 ()							
健康保険者番号：記号 番号 保険者番号							
かかりつけ医：病院名 () 医師名 () 電話番号 ()							
既往歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 風疹 水痘 (水ぼうそう) 川崎病 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)						
	手足口病 ヘルパンギーナ 喘息 肺炎 百日咳 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹						
	熱性けいれん 蕁麻疹 りんご病 その他 ()						
生育歴	妊娠中の異常 なし ・ あり ()						
	出生体重 (g)						
	出産週数 ()						
	出産時の異常 なし ・ あり ()						
	首すわり (ヶ月)						
	おすわり (ヶ月)						
	一人歩き (歳 ヶ月)						
	人見知り (ヶ月)						
	後追い (ヶ月)						
	話始め (歳 ヶ月)						
アレルギー	栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合)						
	離乳食開始時期						
	前期： ヶ月 中期： ヶ月 後期： ヶ月						
	食品アレルギー						
全卵 黄卵 卵白 牛乳 小麦類 そば類 カニ・エビなどの甲殻類 ナッツ類							
果物 () 魚類 () 肉類 () その他 ()							
その他のアレルギー							
スギ花粉 ブタクサ アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 喘息 ハウスダスト 犬・ねこ							
ワクチン接種	BCG： 受けた ・ 受けていない おたふくかぜ： 受けた ・ 受けていない						
	麻疹： 受けた ・ 受けていない 四種混合： 受けた (1期 1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けていない						
	風疹： 受けた ・ 受けていない 五種混合： 受けた (1期 1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けていない						
	水痘： 受けた ・ 受けていない						
その他	配慮してほしいことなど						