

# ひなたぼっこ利用登録申込書

年 月現在

登録児童			
ふりがな		性別	生年月日
氏名		男 女	平成 年 月 日 ( 歳 カ月)
自宅住所	昭島市		
電話番号	( )		
通園施設名			
かかりつけの医療機関	電話番号 ( )		

保護者連絡先		家族構成(同居・保護者を含む)		
保護者	勤務先名: (職種 )	氏名	続柄	年齢
続柄	勤務先電話: ( )			
( )	携帯電話: ( )			
保護者	勤務先名: (職種 )			
続柄	勤務先電話: ( )			
( )	携帯電話: ( )			

出生時の異常: なし・あり( )	発育・発達: 異常なし・健診や通園施設で指摘あり
------------------	--------------------------

予防接種				
BCG: 未・済	四種混合 ( )回	Hib ( )回	肺炎球菌 ( )回	ロタ ( )回
B型肝炎 ( )回	MR(はしか、風疹混合) ( )回	水ぼうそう ( )回	おたふくかぜ ( )回	
日本脳炎 ( )回	その他接種したもの ( )			

これまでにかかった病気				
突発性発疹	歳 カ月	水ぼうそう	歳 カ月	おたふくかぜ
				歳 カ月
喘息	なし・あり ( 継続治療中・悪化時のみ治療 )		アトピー性皮膚炎	
			なし・あり	

けいれん	なし・あり	家族のけいれん既往歴			なし・あり ( 誰が… )	
	初回	歳 カ月	最後	歳 カ月	これまでに 回けいれんあり	
	抗けいれん剤の使用指示		なし・あり	⇒	1回目	°C以上、2回目

アレルギー	食べ物	なし・あり ( )
	除去食	なし・あり ( )
	薬	なし・あり ( )
	その他	なし・あり ( )

常時使用している薬	なし・あり	病名
	薬の名前	

その他、心配な事、配慮してほしいことについて、具体的にお書きください。

病児保育室 ひなたぼっこに保育看護を依頼するにあたり、しおりに記載されている内容を了承し、同意いたします。

年 月 日

保護者氏名

