

# YPC保育園曙川南 病児・病後児利用登録申込書

年 月 日記入

太枠内 全てご記入ください

申請者名

登 録 児 童	ふりがな 児童氏名		愛称	性別	生年月日	
	自宅住所（〒 - ）					
	自宅電話番号					
	通園施設名	市 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校				
	かかりつけ医	無 ・ 有（				
家 族 構 成 （ 同 居 ）	続柄	氏名	年齢	保護者連絡先		
			歳	保護者 続柄 （ ）	勤務先名：（なし・休職中）	
			歳		職種：	
			歳		携帯番号：	
			歳	保護者 続柄 （ ）	勤務先名：（なし・休職中）	
			歳		職種：	
		歳	携帯番号：			
新生児期	出生時の異常 無 ・ 有（		発育・発達	つう ・ 健診や通園施設で指摘あり		
予 防 接 種	1.BCG	受けていない・受けた	2.三種混合	受けていない・受けた（ ）回	3.四種混合	受けていない・受けた（ ）回
	4.Hib（ヒブ）	受けていない・受けた（ ）回		5.肺炎球菌	受けていない・受けた（ ）回	
	6.MR（麻疹・風疹混合）	受けていない・受けた（ ）回		7.B型肝炎	受けていない・受けた（ ）回	
	8.ロタ	受けていない・受けた（ ）回		9.ポリオ	受けていない・受けた ※経口（生ワクチン）：（ ）回 ※注射（不活化ワクチン）：（ ）回	
	10.水ぼうそう	受けていない・受けた（ ）回		11.おたふくかぜ	受けていない・受けた（ ）回	
	12.日本脳炎	受けていない・受けた（ ）回		13.その他接種したもの	（ ）（ ）（ ）	
	か か い た 病 気	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.食物アレルギー 7.熱性けいれん（ ）回（最後はいつ 年 月 日）（座薬の指示有 _____℃以上） 8.アトピー性皮膚炎 9.喘息および喘息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ） 10.その他 （吸入したこと 有・無）（				
入 院 し た こ と	なし・あり	（病名： 歳 カ月）（病名： 歳 （病名： 歳 カ月）（病名： 歳				
常 時 内 服 し て い る 薬	なし・あり（内服薬の名前・回数）					
常 時 使 用 し て い る 軟 膏 ・ 吸 入 薬	なし・あり	（軟膏の名前・回数）		（吸入薬の名前・回数）		
除 去 食	なし・あり（具体的に：					
そ の 他	体質（薬物アレルギー等）や、クセ等心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください					

受付日	・	・	登録番号	
-----	---	---	------	--

受付者印	
------	--