

<病児保育（病後児）> 登録 ・ 申込書

年 月 日 受付

				管理者	役職者	役職者	事務
ふりがな		男・女	生年月日	平成	年	月	日生
氏名				令和	(歳	ヶ月)
利用を希望する時間	午前・後 時 分から			午前・後 時 分まで			
利用日の緊急連絡先	父・母・その他()						
	連絡先の名称			電話番号:			
お迎えにくる方	氏名:			お子さまの続柄:			
利用を希望する理由	就労	父 勤務先名称:		電話番号:			
		母 勤務先名称:		電話番号:			
	職業訓練	訓練先:		電話番号:			
	傷病	診断名:		病・医院名:			
	出産	出産日又は予定日: 平成 年 月 日					
	看護・介護	看護・介護相手:					
その他	(事故・冠婚葬祭 等)						

誓約書

下記の乳幼児が、貴保育園の保育中に発生しました事故につきましては、別紙の「休日保育及び、一時保育における乳幼児の安全管理・事故処理について」の各項に基づいて処理されることに、保護者として異議のないことを誓約いたします。

平成・令和 年 月 日

乳幼児 氏名 _____

保護者 住所 _____

氏名 _____ 印

花梨保育園

管理者 伊東 将 殿

病 後 児 台 帳

年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	平成 令和	年 (月 歳	日生 ヶ月)
保護者名			緊急連絡先			
住所						
TEL			携帯TEL			
かかりつけ病院・TEL				TEL		平熱 °C
出生歴 第__子	分娩 正常・異常() 早産()				出生体重 kg	
既往症	1. 麻疹 2. 風疹 3. 水痘 4. 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) 5. 喘息 6. 反復性耳下腺炎 7. 肺炎 8. ヘルニア 9. 百日咳 10. 脱臼(有・無 部位:) 関節が抜けやすい 11. 手足口病 12. 中耳炎 13. アトピー性皮膚炎 14. 突発性発疹 15. ひきつけ 16. 突発性発疹 17. その他()					
予防接種	1. BCG 2. 四種混合(1期1回・2回・3回・1期追加) 3. MR(1期・2期) 4. 日本脳炎(1期1回・2回・1期追加) 5. Hib(1回・2回・3回・追加) 6. 肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) 7. 水痘(1回・2回) 8. B型肝炎(1回・2回・3回) 9. おたふくかぜ(1回・2回) 10. ロタウイルス(1回・2回) 11. インフルエンザ 12. その他 []					
アレルギー	有 ・ 無 ※ 有の場合、アレルギーを起こす食品に○印をつける ① 乳製品 (牛乳 脱脂乳<スキムミルク> チーズ) ② 卵 (全卵 卵黄 卵白) ③ 肉類 (牛肉 鶏肉 豚肉) ④ 魚類 (さば いわし あじ ししゃも さんま さわら ちりめん) ⑤ 穀類 (米 小麦 大麦 大豆 小豆 そば コーン) ⑥ 油類 (ラード 米油 なたね油 ごま油 ショートニング マーガリン バター マヨネーズ<全卵 卵黄> ドレッシング) ⑦ 調味料 (醤油 みりん 酒 酢 ケチャップ ソース 味噌) ⑧ その他 ()					
離乳食	初期 中期 後期 完了(歳 ヶ月)					
熱性けいれん	有(°C) ・ 無					
入院歴	有(病名) 歳 カ月 ・ 無					
常用している薬						
備考						