

## サンチャイルド長久さわらび園 病後児保育事業登録申込書

平成 年 月 日

〒 -

住所

保護者

氏名

印

## 登録する児童について

フリガナ 氏名	生年月日 平成 年 月 日	男・女
住所	電話番号	
通園施設名	保育園・幼稚園 組	電話番号
かかりつけ 医療機関	担当医師	電話番号

## 保護者の連絡先（確実に連絡がとれるところ）

フリガナ 氏名	続柄	勤務先（ ）☎	携帯
フリガナ 氏名	続柄	勤務先（ ）☎	携帯

## 児童これまでの経過について

妊娠中の異常（なし・あり）	
出生時体重 g	出産時の異常（なし・あり…）
予防接種歴：接種済みのものに○を付けてください。 BCG 三種混合（1・2・3・追加） ポリオ（1・2） 麻疹風疹混合（1期・2期） 日本脳炎（1・2・追加） おたふくかぜ 水痘	
これまでかかったことのある疾患 突発性発疹 百日咳 おたふくかぜ 水痘 熱性けいれん その他（ ）	

## 現在の状態について

現在何かの病気で通院していますか？（いいえ・はい）
はいの場合、病名： 医療機関名：
常用している薬（なし・あり…具体的に）
薬や食べ物に対するエネルギー（なし・あり…具体的に）

- ・この書類は、ご希望の日時に病後児保育の利用を確約するものではありません。
- ・病後児保育を希望される際は、前日の12時までに電話にてお問い合わせ頂き、定員内であれば診察の後、医師の判断にて利用を決定いたします。
- （入院を要する症状や、伝染性疾患で適切に隔離スペースが確保できない場合は、お断りすることがあります。）