# 病児保育利用登録申込書

登録番号＿＿＿＿＿＿

登録日　　年　　月　　日　　保育園NOAH KIDS病児保育室OLIVE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>名前 | 男・女 | 愛称 | 生年月日　年齢（　　歳　　ヶ月）<br>年　　月　　日 | |
| 住所 | | | 電話番号 | |
| 通所施設 | 保育園・幼稚園・小学校（　　年生） | | | |
| かかりつけ医 | 電話番号 | | | |
| 緊急連絡先 | ①（連絡先名） | | | |
| | ②（連絡先名） | | | |
| | ③（連絡先名） | | | |

| 家族氏名（同居） | 続柄 | 年齢 | 勤務先（名称及び電話番号）又は通所施設名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

［これまでの様子］

出生時の異常　ない ・ ある
発育や発達　普通 ・ 検診や通園施設での指摘あり

［既往歴］

けいれん　ない ・ ある
喘息　ない ・ ある　（現在療養中 ・ 悪化時のみ治療）
突発性発疹　ない ・ ある
百日咳　ない ・ ある　予防接種（四種混合）　済 ・ 未
麻疹（はしか）　ない ・ ある　予防接種　済 ・ 未
風疹　ない ・ ある　予防接種　済 ・ 未
水ぼうそう　ない ・ ある　予防接種　済 ・ 未
おたふくかぜ　ない ・ ある　予防接種　済 ・ 未
その他　（　　）

アレルギー　ない ・ ある　（　　）
薬アレルギー　ない ・ ある　（　　）
常時服用の薬　ない ・ ある　（　　）

［生活の様子］

食事　自分で食べる ・ 手伝って食べる
水分　コップ ・ ストロー付きマグ ・ 哺乳瓶
排泄　自立 ・ オムツ使用
睡眠　一人で ・ トントンされて ・ 抱っこで寝る
好きな遊びや玩具　（　　）

［特記事項］