

③

病児・病後児保育登録届

(宛先) マザー保育園山の手

マザー保育園山の手病児・病後児保育施設の利用について、次のとおり登録を届け出いたします。

保護者氏名
住 所

児童の氏名	ふりがな 氏名	性別	男・女	愛称	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	か月
在籍している園名			平常時の 体温	°C	
緊急連絡先	① 氏名 続柄 ()		② 氏名 続柄 ()		
	勤務先名		勤務先名		
	勤務先電話		勤務先電話		
	携帯電話		携帯電話		
予防接種	BCG	未	・	済	*予防接種は1回でも投与している場合は 済に○をつけてください
	四種混合	未	・	済	
	MR混合 (麻疹・風疹 水痘 (水ぼうそう))	未	・	済	
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	未	・	済	
	日本脳炎	未	・	済	
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		<input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 肘内障		
治療中の病気	(喘息・心臓疾患など)				
食物 アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品 ()		* 医師の指示書を添付してください (コピー可) <input type="checkbox"/> エピペン持参あり		
薬物 アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤 ()				
けいれんの 有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (過去 () 回) (最終の発作 年 月 頃) (診断名) (かかりつけ医)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
保育上配慮して ほしい点					