

## 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)	未	・	済	
	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  <input type="checkbox"/> ( )		
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				
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 )				
保育上配慮してほしい点	※ けいれん止め				