

病児保育所夢ふうせん 利用登録申込書

記入者名 電話 令和 年 月 日記入

*下記太枠内にご記入下さい。 *登録番号

登録児童	ふりがな	愛称	性別	生年月日
	氏名		男	平成 年 月 日
			女	(歳 カ月)
	住所(〒 -)			
	携帯: - -		自宅電話: - -	
	児童の兄弟関係	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
	通園・通学施設名	市区町村	保育園・幼稚園・小学校(年生)	
かかりつけ医	電話: - -	医療機関名 (科 先生)	医療機関名 (科 先生)	

保護者・緊急連絡先	連絡先①	氏名	(ふりがな)	
			続柄:父・母・その他()	
		勤務先	職種	
		携帯電話	電話(自宅・職場)	
	連絡先②	Email	携帯:	会社PC:
			自宅PC:	会社PC:
		氏名	(ふりがな)	
			続柄:父・母・その他()	
	勤務先	職種		
	携帯電話	電話(自宅・職場)		
	Email	携帯:	会社PC:	
		自宅PC:	会社PC:	

新生児期 出生時の異常(無・有:) 発育・発達 普通・少し遅れていると思う・わからない

予防接種	*済みのものには□に☑を入れてください。		
	ヒブ	①□、②□、③□、④□	B型肝炎 ①□、②□、③□
	肺炎球菌	①□、②□、③□、④□	ロタ ①□、②□、③□
	三混/四混	①□、②□、③□、④□	(三混/四混、どちらか一方です。)
	ポリオ	①□、②□、③□、④□	(生は2回、不活化は4回)
	BCG	①□	麻疹風疹 ①□、②□
	日本脳炎	①□、②□、③□	水痘 ①□、②□
	おたふくかぜ	①□、②□	

これまでにかかったことのある病気に☑をしてください。

既往歴	なし	□てんかん: 歳, □心臓病: 歳, □突発性発疹: 歳,
		□川崎病: 歳, □水痘: 歳, □おたふく: 歳,
		□麻疹: 歳, □風疹: 歳,
		□アナフィラキシーショック 歳, □その他()
熱性けいれん	なし	初回: 歳 ヶ月, 最後: 歳 ヶ月, これまでに()回,
		*ダイアアップ座薬予防投与はしない・している(. °C以上の発熱時)
アレルギー	なし	□食物アレルギー □喘息 □アトピー性皮膚炎 □アレルギー性鼻炎
		(原因:)
過去の入院歴	なし	病名: (歳 ヶ月), 病名: (歳 ヶ月)
		病名: (歳 ヶ月), 病名: (歳 ヶ月)

その他(気になることや配慮してほしいことなどについて具体的にお書きください。)

*ご登録いただいた個人情報は「病児保育所夢ふうせん」の運営に使用させていただくほか、補助金事業に関する情報として江別市に報告させていただくことをご了承ください。

・好きな食べ物

・嫌いな食べ物

・好きな遊び

・お子様の癖等

・その他

