

トイロロ保育園 「病児保育」 利用登録申請書

申込日 西暦

年

月

日

| | | | | |
|--|----------|----|-------|----------------|
| ふりがな | | 愛称 | 性別 | 西暦 生年月日/歳 |
| こどもの名前 | | | 男・女 | 年 月 日生 歳 カ月 |
| 通所施設 (トイロロ園児は回答不要です) | 保育園 (所) | | TEL : | |
| | 幼稚園・小学校 | | TEL : | |
| かかりつけ医 | クリニック・病院 | | TEL : | |
| 健康保険証番号 | 記号 | 番号 | 保険者番号 | |
| 保護者氏名 | | | | |
| 保護者住所 | | | | |
| 緊急連絡先 (トイロロ園児は回答不要です) | ①氏名 | 続柄 | TEL : | |
| | ②氏名 | 続柄 | TEL : | |
| アレルギーなど (当てはまる症状があれば、○をつけてください) | | | | |
| ①食物アレルギー (何 :) ②アトピー性皮膚炎 ③気管支喘息 ④鼻炎 ⑤じんましん ⑥その他 () 上記症状に関する配慮事項 (医師からの指示、投薬など) | | | | |
| 既往症 (今までにかかった病気すべてに○をつけてください) | | | | |
| ①突発性発疹 ②麻疹 (はしか) ③水疱 (みずぼうそう) ④風疹 (ふうしん) ⑤咽頭結膜熱 (プール熱) ⑥流行性耳下腺炎 (ムンプス、おたふくかぜ) ⑦百日咳 ⑧川崎病 ⑨異型肺炎 ⑩マイコプラズマ感染症 ⑪RS ウイルス感染症 ⑫手足口病 ⑬伝染性紅斑 (リンゴ病) ⑭熱性けいれん ⑮ヘルパンギーナ ⑯とびひ ⑰湿疹 ⑱結核 ⑲その他大きな病気やケガ (病名 : いつ頃) | | | | |
| 予防接種 (これまでに受けたものすべてに○をつけてください) | | | | |
| ① B. C. G ② MR ワクチン ③ポリオ不活性化ワクチン ④日本脳炎 ⑤肺炎球菌 ⑥流行性耳下腺炎 (ムンプス、おたふくかぜ) ⑦ Hib ⑧三種混合 ⑨ポリオ生ワクチン ⑩四種混合 ⑪水疱 (みずぼうそう) ⑫B型肝炎 ⑬その他 (・インフルエンザ ・ロタウイルス) | | | | |
| その他、伝えておきたいこと、心配なこと | | | | |
| | | | | |