

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 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		市区町村		保育園・幼稚園・小学校( 年生)				
	施設名		電話: - -						
かかりつけ医	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)					
		勤務先		続柄:父・母・その他( )					
		携帯電話		職種					
		Email		携帯:		会社PC:			
	連絡先 ②	氏名		(ふりがな)					
		勤務先		続柄:父・母・その他( )					
		携帯電話		職種					
		Email		携帯:		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 月, 最後: 歳 月, これまでに( )回, *ダイアブ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 月), 病名: ( 歳 月)							
		病名: ( 歳 月), 病名: ( 歳 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



夢ふうせん