

病児保育所夢ふうせん 利用登録申込書 < 裏面記入欄あり >

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		H・R 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)		
	本人の通園・通学 施設名		市町村		保育園・認定こども園・幼稚園・小学校				
	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)		
		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	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)		

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□	口タ	①□、②□、(③□)
	四種混合/五種混合	①□、②□、③□、④□ (四種混合/五種混合、どちらか一方を○で囲ってください)		
	二種混合 (小6のみ)	①□		
	BCG	①□	麻疹風疹	①□、②□
	日本脳炎	①□、②□、③□ ④ (第2期) □	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 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。)

[裏面へ](#)

* 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 (気になること、伝えておきたいこと)

・好みについて

①好きなキャラクター

②好きなDVD・YouTube・テレビ番組

③好きな絵本・おもちゃ

