

病後児保育事業利用登録申込書

湯沢乳幼児健康支援センター 病後児保育室 殿

令和 年 月 日 記入

***太枠内 全てご記入下さい**

申請者名

登録 児童	ふりがな 児童氏名		愛称	性別	生年月日	
				男	H・R	年 月 日生
				女	(歳 ヶ月)
	自宅住所 (〒 -) 湯沢市					
	自宅電話番号か携帯: ()					
通園施設名:()保育園・幼稚園・こども園・小学校						
かかりつけ医:無・有()						
家族 構成 (同居)	続柄	氏名	年齢	保護者連絡先		
			歳	保護者名	続柄	勤務先:
			歳	()	()	電話番号: ()
			歳	保護者名	続柄	勤務先:
			歳	()	()	電話番号: ()
		歳	メールアドレス: @			
新生児期	出生児の異常 無・有()			発育・発達	なし・健診等で指摘あり	
予防 接種	1.BCG	受けていない・受け	2.三種混合	受けていない・受けた(回)	3.四種混合	受けていない・受けた(回)
	4.Hib	受けていない・受けた(回)	5.肺炎球菌	受けてない・受けた(回)		
	6.MR(麻疹・風疹混合)	受けていない・受けた(回)		7.B型肝炎	受けていない・受けた(回)	
	8.口タ	受けていない・受けた(回)	9.日本脳炎	受けてない・受けた(回)		
	10.水痘	受けていない・受けた(回)	11.おたふくかぜ	受けてない・受けた(回)		
	12.ポリオ	受けていない・受けた(回)	13.新型コロナウイルス	受けていない・受けた(回) / 最終接種日(R . . .)		
	13.その他	() () ()				
既往 歴	1. 突発性発疹症 2. 麻疹(はしか) 3. 風疹(三日はしか) 4. 水痘(水ぼうそう) 5. 流行性耳下腺炎					
	6. 熱性けいれん(何回 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示あり °C以上・なし)					
	7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)(吸入したことあり・なし)					
	9. 食物アレルギー() 10. その他()					
入院 歴	病名() (歳 か月)					
	なし・あり	病名() (歳 か月)				
	病名() (歳 か月)					
常時内服している薬		なし・あり (内服薬の名前・回数)				
常時使用している軟膏		なし・あり (軟膏の名前・回数・部位)				
常時使用している吸入		なし・あり (吸入薬の名前・回数)				
食物アレルギー 除去食		なし・あり (具体的に)				
その他	*体質やくせなど心配なこと、配慮して欲しいことなど具体的に記入して下さい。					

(注) お子さまをお預かりする上で大切な情報となります。母子手帳やお薬手帳を参考に正確にご記入下さい。

今年度、1年間は登録継続いたします。記入内容に変更があった場合はお知らせ下さい。

