

病児保育室事前登録申請書

令和 年 月 日 記入
スマイスセレソンスポーツ保育園

申請者(保護者) 住所
氏名

病児保育室の利用について、次のとおり申請します。
(□欄については該当項目にレ印を記入してください。)

ふりがな				性別	男 ・ 女
児童氏名				生年月日	年 月 日 (歳)
同居家族等	緊急時 連絡の 順位	続柄	ふりがな 氏 名	勤務先 (所属部署)	電話番号
	1				自宅 携帯 勤務先
	2				自宅 携帯 勤務先
	3				自宅 携帯 勤務先
健康保険証 番 号	記号	番号	保険者番号		
日常の保育状態	<input type="checkbox"/> 保育所に通所 (保育所名) <input type="checkbox"/> 幼稚園に通園 (幼稚園名)				
かかりつけの病院	内科 (病院名) 外科 (病院名)				

病児保育児童登録票

年 月 日 記入

ふりがな 幼児・児童名		男 女	生年月日 年 月 日	年齢 満 歳 カ月					
ふりがな 保護者氏名			自宅住所 電話番号						
通園施設名	施設名 クラス名		かかりつけ 医療機関名 電話番号						
世帯 の 状 況	氏名	年齢	勤務先名	電話番号	お子さんの愛称				
	父								
	母								
	その他の 家族				お子さんの平熱 °C				
	父方祖父				お子さんの血液型 型 Rh (+ ・ -)				
	祖母								
	母方祖父								
祖母									
妊娠中の状態	異常なし・あり (妊娠高血圧症候群・糖尿病・骨盤位・切迫早産・胎児機能不全・その他)								
分娩時の状態	異常なし・あり (吸引・かん子・帝王切開)								
出生時の状態	身長 (cm) 体重 (g) 低出生体重児 (在胎週数 週)								
栄養の様子	哺乳方法：母乳 カ月まで・混合・人工 離乳食開始： カ月								
出生時の状態	異常なし・あり (仮死・けいれん・保育器収容・光線療法・その他)								
発達の様子	首座り カ月	あやすと笑う カ月	寝返り カ月						
	ひとり座り カ月	人見知り カ月	はいはい カ月						
	つかまり立ち カ月	つたい歩き カ月	ひとり立ち カ月						
	ひとり歩き カ月	歯の生え始め カ月							
予 防 接 種	インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回	・	・	MR (麻疹・風疹)	1回	・	・	
		2回	・	・		B型肝炎	2回	・	・
		3回	・	・	四種混合 (ジフテリア ア・百日ぜ き・破傷風・ ポリオ)	日本脳炎	1回	・	・
		追加	・	・			追加	・	・
	小児肺炎球菌	1回	・	・	流行性耳下腺 (お たふくぜ)	1回	・	・	
		2回	・	・		追加	・	・	
		3回	・	・		2回	・	・	
		追加	・	・					
	BCG		・	・					
				水痘	1回				
				2回					

既往歴	病名	年月日	病名	年月日	病名	年月日
	麻疹	・ ・	溶連菌感染症	・ ・	結膜炎	・ ・
	風疹	・ ・	手足口病	・ ・	突発性発疹	・ ・
	水痘	・ ・	伝染性紅斑	・ ・	RSウイルス	・ ・
	流行性耳下腺炎	・ ・	肺炎	・ ・	中耳炎	・ ・
	熱性けいれん	無・有 これまで()回 初回(歳 ヲ月) 最終(歳 ヲ月)				
その他 (大きな病気やけが)	傷病名 経過					
起こしやすい 病気など	鼻出血 ・ 風邪 ・ 下痢 ・ 脱臼 ・ じんましん アトピー性皮膚炎・ぜんそく・鼻炎・その他()					
食 事 用 具	スプーン・はし・哺乳瓶・マグマグ・ストロー・コップ					
偏食の状況	無 ・ 有 ()					
食物アレルギー	無 ・ 有 ()					
その他の アレルギー						
ぜんそく	無 ・ 有 (歳 ヲ月から 発作の回数 回) 治療内容 ()					
離 乳 食	1日(回) 朝・昼・夜 ごっくん・もぐもぐ・カミカミ					
睡 眠	1日(時間) お昼寝:する 1日(時間) ・ しない					
排泄の自立	自分で排尿 できる・できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)					
	自分で排便 できる・できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)					
くせ ・ 性格						
心配なこと又は配慮してほしいことがありましたら記入してください。						