

病児保育室利用登録申込書 (年度)

20 年 月 日記入

(申請者) 上伊那医療生活協同組合

事業所 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 女	西暦 (歳 ヶ月)
	自宅住所 自宅電話番号 () 携帯電話番号		自宅 FAX 番号 (常会名)		
	就園・就学状況	1. 就園・就学している ()市町村(園校名 電話) 2. 就園・就学していない			
	かかりつけの医師	内科 ()電話() 外科 ()電話() その他 ()電話()			
	定期的に通院している疾患	1. ない 2. ある(病名)			
	常時服用している薬	1. ない 2. ある(具体的に)			
	入院経験	1. ない 2. ある(具体的に)			
	食物アレルギー	1. ない 2. ある(牛乳・卵・大豆・小麦・そば・その他)			
	これまでにかかった主な感染症・病気に○をつけてください。 1.突発性発疹 2.麻疹 3.風疹 4.水痘 5.おたふくかぜ 6.百日咳 7.ヘルパンギーナ 8.てんかん 9.川崎病 10.喘息及び喘息性気管支炎 11.アトピー性皮膚炎 12.熱性けいれん(初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回数) 座薬の指示(ある ・ なし) 13.その他(具体的に)				
これまで受けた予防接種に○をつけてください。 1.三種混合(I期 1回目・2回目・3回目) 2.BCG 3.ポリオ(1回目・2回目) 4.四種混合 5.麻疹 6.風疹 7.水痘 8.おたふくかぜ 9.インフルエンザ(直近 年 月) 10.その他()					
家 族 (本 人 を 除 く)	続柄	氏 名	生年月日	勤務先	連絡先
			MT S H . .		
			MT S H . .		
			MT S H . .		
			MT S H . .		
			MT S H . .		

