

病(後)児保育キッズベア－ 利用申込書

病(後)児保育キッズベア－ 所長 殿

申込日 平成 年 月 日

申込児童	氏名	ふりがな	ニックネーム	性別	男 女	生年月日	平成 年 月 日	
	自宅住所(〒 -)							
	自宅電話番号:() -							
	通園施設名		()保育園・認定こども園・幼稚園・小学校 / 在宅					
	児童の兄弟姉妹		歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)	
保護者緊急連絡先	連絡先 1				連絡先 2			
	氏名							
	勤務先							
	TEL							
	携帯番号							
	続柄							
新生児期		出生時の異常 (有・無)						
発育・発達		普通・少し遅れていると思う・わからない						
これまでにかかった主な感染症・病気		ーかかった病気に○をつけてくださいー 突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 麻疹(はしか) 風疹 アトピー性皮膚炎 喘息 てんかん 中耳炎 関節がはずれやすい 溶連菌 川崎病 じんましん(原因は) その他()						
予防接種		ー受けた予防接種に○をつけてくださいー 四種混合 B型肝炎 ポリオ 麻疹(はしか)風疹 ロタウイルス 日本脳炎 水ぼうそう おたふくかぜ Hib 肺炎球菌 三種混合 BCG						
入院したこと		ない・ある		(病名: 歳 ヶ月)		(病名: 歳 ヶ月)		
熱性けいれん		なし・あり		(回数 回)最後はいつ(年 月)		℃以上		
かかりつけ病院名		病院・医院 TEL						
その他		アレルギー なし・あり 食物: 卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他() 薬・その他() ※ 保育上、配慮してほしい事について具体的にお書き下さい。						
承諾事項		緊急時の診察・薬の処方・医療機関への転送を承諾しました。 <div style="text-align: right;">保護者氏名(印)</div>						