

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 令和 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	H R	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							
保護者緊急連絡先	児童の兄弟姉妹		歳(男・女)			歳(男・女)			歳(男・女)	
	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		<p style="text-align: center;">—かかった病気に○をつけてください—</p> 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		<p style="text-align: center;">—受けた予防接種に○をつけてください—</p> 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) (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) °C以上								
かかりつけ病院名		病院・医院 TEL								
送迎対応について		送迎を 希望する ・ 希望しない								
好きなキャラクター・遊び等										
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() 平熱 °C								
		※ 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>								