

病(後)児保育キッズベアー 利用申込書

病(後)児保育キッズベアー 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	生年月日	H・R	年	月	日
				性別	男・女	平熱	℃	
	自宅住所(〒 -)							
	通園施設名	() 保・認定こども園・幼・小・その他()						
	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			
	ふりがな							
	氏名							
	携帯番号							
	勤務先	TEL			TEL			
	続柄	父・母			父・母・祖父・祖母・その他()			
発 育 ・ 発 達		普通 ・ わからない ・ 少し遅れている()						
これまでにかかった主な感染症・病気		—かかった病気に○をつけてください— 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 川崎病 じんましん(原因は) その他()						
予 防 接 種		—受けた予防接種に○をつけてください— ロタウイルス B型肝炎 肺炎球菌 四種混合 Hib 五種混合 BCG 水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎						
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	最初(年 月) 最後(年 月) 回数(回) ダイアアップ・アンヒバ ℃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 ※魚津市在住又は広域入所の方が対象です						
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()						
		※ 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。 保護者氏名(印)						