

病児保育事前登録申込書									
年 月 日									
社会福祉法人 博友会 フロイデキンダーガルテンひたちなか様									
(保護者) 住所 氏名									
病児保育事業の利用登録を受けたいので、次の通り申し込みます。									
フリガナ		男・女	利用児生年月日	年 月 日 (歳 カ月)					
利用者氏名			在籍園・学校名						
住所	〒								
保護者の状況と連絡先									
フリガナ		続柄	フリガナ		続柄				
保護者氏名			保護者氏名						
携帯電話			携帯電話						
勤務先			勤務先						
所在地			所在地						
電話番号			電話番号						
保護者以外の 緊急連絡先	フリガナ		児童との関係						
	氏名		連絡先						
緊急連絡先	第一連絡先	(続柄：)							
	第二連絡先	(続柄：)							
	第三連絡先	(続柄：)							
かかりつけ 医療機関	名称		電話番号						
	所在地								
出生・出産時 の状況	分娩経過	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他 ()							
	出生体重	g	妊娠周期	週					
熱性けいれん 状況	有・無	今までの発作の回数			回				
		初回の発作	歳 カ月	最後の発作	歳 カ月				
アレルギーの 有無	食物	有 (食品名) ・ 無							
		制限や内容 ()							
	環境	有 (ダニ・ハウスダスト・動物・薬品・その他：) ・ 無							
アトピー性 皮膚炎の状況	有・無	使用している薬							
		食事療法		実施している・実施していない					
気管支喘息 喘息様気管支炎	有・無	毎日使用している薬							
		発作時の薬							

予防接種	ヒブワクチン		未・済（ 回）	ロタウイルス ワクチン	未・済
	肺炎球菌		未・済（ 回）		ロタテック（ 回）
	五種混合		未・済（ 回）		ロタリックス（ 回）
	四種混合		未・済（ 回）	MR(はしか・風疹)	未・済（ 回）
	B型肝炎		未・済（ 回）	水痘	未・済（ 回）
	日本脳炎		未・済（ 回）	おたふくかぜ	未・済（ 回）
	BCG		未・済（ 回）	その他（ ）	未・済（ 回）
感染歴	突発性発疹		未・済	水痘	未・済
	はしか		未・済	おたふくかぜ	未・済
	風疹(三日はしか)		未・済	ロタウイルス腸炎	未・済
	百日咳		未・済	溶連菌感染症	未・済
	（ ）		未・済	（ ）	未・済
既往歴		病名		年齢	入院の有無
	1			歳	有・無
	2			歳	有・無
	3			歳	有・無
	4			歳	有・無
常備薬	内服				
	外用				
	座薬				
	吸入				
	その他				
食事	母乳・ミルク(1日 回 ml)・離乳食(前期・中期・後期)				
	幼児食・普通食		一人で食べられる・食べさせてもらう		
排便	回数 回/日 オムツ・パンツ(一人でできる・介助が必要)				
	軟便・普通・硬便・便秘がち			排便サイン（ ）	
排尿	回数 回/日 遠い・普通・近い				
	オムツ・パンツ(一人でできる・知らせる(サイン)・介助が必要)				
睡眠	昼寝 有・無 午前 時 ～ 時 午後 時 ～ 時				
	寝つき 良い・悪い 寝起き 良い・悪い くせ（ ）				
着脱	一人でできる・介助が必要・できない				
興味の あるもの	好きなあそびや玩具など				
ことば	良く話す・話す・あまり話さない その他（ ）				
発達上気 になるとこ ろ 配慮事項	歩行や言葉の遅れなど				