病児・病後児利用登録申込書

申請者氏名(保護者)

登録日:令和 年 月 日

<u>住 </u>								_	
				電話番号					
Š	りがな						保険の種類 □国保 □政管 □社保		
児童氏名							□組合 □その他()		
					加入してい る健康保険				
		(男・女)							
万里が日		愛称:			9 10/11	******	記号番号	_	
		<i>χ</i> ηη .					保険者番号		
							水灰石田 7	_	
生年月日		年 月 日 生 (歳 ヶ月)			通園施設				
年齢							(// // // // // // // // // // // // //		
					(保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校)			_	
かかりつけ医		電話番号:							
	T 4		佐井	4.左口	1 11		推带亚口	\neg	
家族構	氏名		続柄 生年月] [携帯番号 勤務先・在校名(連絡先)		
								_	
成									
								-	
健診の状況		□3~4ヶ月健診 □6~7ヶ月健診 □1 歳健診 □3 歳児健診							
		結果(異常無し・ 異常あり)							
入院歴		無 ・ 有 病名:					歳ヶ月		
		□突発性発疹 (歳 ヶ月)					□麻疹(歳 ヶ月)		
		□咽頭結膜熱 (歳 ヶ月)					□水痘(歳 ヶ月)		
	□百日咳 (歳 ヶ月) □マイコプラズマ肺炎 (歳			ヶ月) [□風疹(歳 ヶ月)			
						□流行性耳下腺炎(歳 ヶ月)			
Ŗ						□川崎病(歳 ヶ月)			
])		□とびひ(歳 ヶ月)			
) (歳ヶ月)		□結核(歳 ヶ月)		
		□アトピー性皮膚炎(歳 ヶ月)					□湿疹(歳 ヶ月)		
		□熱性けいれん	(歳 ヶ月)	回数	:	回、初回: 年 月/最終: 年 月		

□喘息(歳 ヶ月)現在治療中・悪化時治療中・治療済み					
□食物アレルギー(牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他)					
□その他()					
□B.C.G (結核) □ポリオ □麻疹 (はしか) □風疹 (三日ばしか)					
□M.R (麻疹・風疹混合) □日本脳炎 □D.P.T (ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合)					
□水痘(水ぼうそう) □2種混合(ジフテリア・破傷風) □Hib □肺炎球菌					
□流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) □インフルエンザ □新型コロナ					
□ロタウイルス □B型肝炎					
□その他()					
無 · 有(
※有の場合は内容と症状を具体的に記載して下さい。					
□食べさせてもらう □大人の助けがあれば食べられる					
□箸またはスプーンを使用して食べている					
好きな食べ物 ()					
嫌いな食べ物(
□寝つきが良い □寝つきが悪い					
睡眠時間(時 ~ 時)(時間)					
寝ている時の癖())					
寝ている時の体勢(例:ベッド、抱っこなど)					
□オムツを使用している □寝ている時だけオムツを使用している □布パンツ					
□自分ではできないが知らせる □自分でできる					
※心配事や考慮して欲しいことなどがあればご記入下さい。					

※この登録の有効期限は申請後初めて迎える3月31日までです。利用にあたっては年度ごとの登録が必要です。

キッズランドこころ病児保育室