

年 月 日

事業実施者

医療法人社団やまなし  
病児病後児保育施設ぬくもり

申請者(保護者)住所

氏名

電話

印

袋井市病児・病後児保育事業実施要綱第8条の規定により、保育について利用の登録をしたいと思いますので申し込みます。

児童記録	フリガナ 児童氏名		性別	生年月日
			男・女	平成 年 月 日
	通園施設名	( 市)		
	かかりつけ医	無・有 ( )		
家族構成	フリガナ 氏名	続柄	連絡先1	連絡先2
出生時の異常		無・有		
入院したこと		無・有	病名： 歳 ヶ月	病名： 歳 ヶ月
常時服用している薬		無・有	内服薬の名前、回数：	
常時使用している 軟膏・吸入薬		無・有	外用薬の名前、回数：	
熱性けいれん		無・有	直近の発症日(平成 年 月 日) 座薬の指示 無・有 ( °C以上)	

(裏)

病気の記録	年齢	はしか	水ぼうそう	おたふくかぜ	風疹									
	0歳													
	1歳													
	2歳													
	3歳													
	4歳													
	5歳													
	6歳													

予防接種の記録	年齢	BCG	四種混合	MR	ヒブ	小児用肺炎球菌	日本脳炎	水痘	おたふくかぜ	インフルエンザ	B型肝炎		
	0歳												
	1歳												
	2歳												
	3歳												
	4歳												
	5歳												
	6歳												

体質上気になることなど	じんましん、アレルギーなど
-------------	---------------