

病児・病後児保育利用登録書

年 月 日

すずらん保育園園長 様

保護者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

病児・病後児事業を利用したいので、次のとおり登録を依頼します。

(ふりがな) 児童の氏名	( )
児童の生年月日	年 月 日生 歳 ヶ月 (男・女)
在籍する保育所等	保育所等名 所在市町村 (電話 )
かかりつけの医療機関	医療機関名 所在市町村 (電話 )
加入している健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 記号番号 保険者番号
緊急時の連絡先	<input type="checkbox"/> 父 (携帯電話 会社等の電話 ) <input type="checkbox"/> 母 (携帯電話 会社等の電話 ) <input type="checkbox"/> その他 (氏名 児童との続柄 電話 )
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 (症状 ) <input type="checkbox"/> 無

既往歴 (今までにかかった病気に印をつけてください)

- 突発性発疹 はしか 水ぼうそう 風疹 咽頭結膜炎 (プール熱) おたふくかぜ
- ヘルパンギーナ 百日咳 手足口病 感染性紅班 (リンゴ病) 熱性ケイレン 川崎病
- マイコプラズマ肺炎 結核 喘息 アトピー性皮膚炎 とびひ 湿疹
- 植物アレルギー (ミルク、卵、牛肉、ソバ、大豆、その他 )
- その他 ( )

保育上注意してほしいこと