

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"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他 () 記号番号 保険者番号
緊急時の連絡先 (順番記入)	() 父 携帯電話 () 会社等の電話 () 母 携帯電話 () 会社等の電話 () 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 (食材) (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 感染性紅斑 (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

その他 ()

保育上注意してほしいこと