

キッズハウスけやき 病後児保育利用登録申請書

申請日： 年 月 日

キッズハウスけやき病後児保育室

申請者(保護者) 氏名

住所

電話番号

※太枠内すべてご記入ください

子どもの氏名	ふりがな	性別	生年月日		年齢	
		男・女	年	月	日	歳
在園施設等	保育所・幼稚園・小学校		かかりつけ医			
			なし・あり(病院名)			
保護者連絡先	①		続柄()	携帯	勤務先	電話番号
	②		続柄()	携帯	勤務先	電話番号
アレルギー体質の有無		有 ・ 無				
アレルギー体質の有無		有 () 症状 有の場合→アナフィラキシー 有 無				
既往歴 (今までにかかった病気すべてに○を付けてください)						
01 麻疹(はしか) 10 中耳炎						
02 風疹 11 川崎病						
03 水痘(水ぼうそう) 12 喘息						
04 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 13 アトピー性皮膚炎						
05 百日咳 14 熱性けいれん						
06 突発性発疹 初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月						
07 RSウイルス感染症 これまで 回						
08 咽頭結膜炎(プール熱) 15 食べ物アレルギー						
09 肺炎 ()						
16 その他						
予防接種(これまで受けたものすべてに○を付けてください)						
01 B型肝炎 受けていない・受けた()回						
02 ロタウイルス 受けていない・受けた()回						
03 ヒブ 受けていない・受けた()回						
04 肺炎球菌 受けていない・受けた()回						
05 五種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・ヒブ) 受けていない・受けた()回						
06 四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) 受けていない・受けた()回						
07 三種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風) 受けた・受けていない()回						
08 二種混合(ジフテリア・破傷風) 受けていない・受けた()回						
09 BCG(結核) 受けていない・受けた						
10 MR(麻しん・風疹混合ワクチン) 受けていない・受けた()回						
11 水痘(水ぼうそう) 受けていない・受けた()回						
12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 受けていない・受けた()回						
13 日本脳炎 受けていない・受けた()回						
14 ポリオ 受けていない・受けた()回 ※経口(生ワクチン)()回 ※注射(不活性ワクチン)()回						
15 インフルエンザ						
16 その他()						
普段使用している薬(内服薬・軟膏・吸入等の名前と回数を記入してください)						
有 ・ 無						
注意してほしい事						

注意:この登録申請は、今後の利用申請に的確かつ敏速に対応するため、あらかじめ利用者を把握するもので、
利用に際して優先権を与えるものではありません。
この事前登録の有効期間は、登録日の属する年度内ですので、何度が変わった時には、
再度登録の手続きをしてください。