

クラリス保育所内病児保育室「すまいる」利用登録票

用紙 1

令和 年 月 日登録 記入者

クラリス保育所の病児保育を利用したいので、次のとおり登録します。

※裏面にも記入欄があります。忘れずにご記入ください。

※自宅電話・携帯等ない場合は、欄の中に「なし」とご記入ください。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
ふりがな 保護者氏名		職場名 職場電話 - -			
愛称	性格				
自宅	〒 自宅電話(- -)				
児童の所属		保育園・幼稚園・こども園 (園名) その他 ()			
かかりつけ医		病院名			
緊急連絡先	第一	ふりがな 氏名	続柄 ()	携帯	- -
				職場	()
	第二	ふりがな 氏名	続柄 ()	携帯	- -
				職場	()
	第三	ふりがな 氏名	続柄 ()	携帯	- -
				職場	()

出生時の状況	()異常なし ()異常あり()
発育・発達	()普通 ()やや遅い() ()分からない

入院歴	()なし ()あり(歳頃 病名)
既往歴 (罹ったものに○印)	()はしか ()突発性発疹 ()アトピー性皮膚炎 ()水ぼうそう ()熱性けいれん ()肺炎 ()風疹 ()おたふく風邪 ()喘息 ()その他()
定期的に飲んでいる薬	()なし ()あり(疾患名 服薬方法)
食物アレルギー	()なし ()あり(ミルク・卵・そば・大豆・小麦・その他) アレルギー検査実施 ()済み ()未
薬物アレルギー	()なし あり()(種類など)
食事制限	()なし あり()()
予防接種 (受けたものに○印)	()ヒブ(1回・2回・3回・追加) ()BCG ()小児用肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) ()水痘 ()四種混合(1回・2回・3回・1期追加) ()麻疹、風疹(MR)(1期・2期) ()日本脳炎(1期初回・1期追加) ()その他()
好きな遊び	室内 _____ 戸外 _____
怖がる物や事柄	()ない ()ある()
病児保育で配慮してほしい点や希望	