

病児・病後児保育事業 利用申込書

平成 年 月 日提出

長野松代総合病院保育所「バオバブのおうち」様

病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。

病状急変の場合当院医師の診察を受けることがあります。(承諾する・承諾しない)

記入者

印

ふりがな			性別	男女	通園施設の名称	
お子さんの名前					保育園・幼稚園	
愛称					園の所在地	
生年月日	平成 年 月 日	歳 ヶ月	( )			
長野松代総合病院 患者ID	—	—	※長野松代総合病院に受診歴がない方は未記入			
保護者住所					電話( )	
保護者氏名					携帯( )	
緊急連絡先	①氏名 (続柄 )		電話( )			
	②氏名 (続柄 )		電話( )			
利用の要件	子どもの状況		1.病気 2.怪我			
	親の状況		1.勤務の都合 2.出産 3.病気 4.冠婚葬祭 5.その他			
利用日時	平成 年 月 日 から平成 年 月 日まで ( 日間) (午前・午後) 時 分から(午前・午後) 時 分まで					
子どもの状況	・妊娠中及び出産時に何か異常がありましたか。 なし・あり( )					
	・出生時の体重( g) 身長( cm)					
	・現在の体重 ( kg) 身長( cm) 平熱( 度)					
	・子どもの排泄状況 オムツ使用・オマル使用・トイレ					
	・子どもの癖( )好きな遊び( )					
	・食事 ミルク・離乳食(前期・中期・後期)・普通食					
	・食べ物アレルギー 有( )・無					
・その他 ( )						
予 防 接 種 及 び 今 ま で に か か っ た 病 気(母子手帳を参考に記入してください)						
今までに接種したワクチンに○をつけ、接種時の年齢(月齢迄)記入してください。(記入例 2歳 5ヶ月)			今までにかかった病気に○をつけ、かかった時の年齢(月齢迄)記入してください。(記入例 2歳 5ヶ月)			
麻疹(はしか)・風疹(三日ばしか)	有・無	歳 ヶ月	突発性発疹	有・無	歳 ヶ月	
BCG	有・無	歳 ヶ月	麻疹(はしか)	有・無	歳 ヶ月	
ポリオ	有・無	歳 ヶ月	水痘(水ぼうそう)	有・無	歳 ヶ月	
水痘(水ぼうそう)	有・無	歳 ヶ月	風疹(三日ばしか)	有・無	歳 ヶ月	
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	有・無	歳 ヶ月	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	有・無	歳 ヶ月	
日本脳炎	有・無	歳 ヶ月	百日咳	有・無	歳 ヶ月	
3種混合	有・無	歳 ヶ月	咽頭結膜熱(プール熱)	有・無	歳 ヶ月	
4種混合	有・無	歳 ヶ月	手足口病	有・無	歳 ヶ月	
インフルエンザ	有・無	歳 ヶ月	ヘルパンギーナ	有・無	歳 ヶ月	
ロタウイルス	有・無	歳 ヶ月	伝染性紅斑(りんご病)	有・無	歳 ヶ月	
B型肝炎	有・無	歳 ヶ月	異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)	有・無	歳 ヶ月	
今までにかかった病気等注意するべきものについて記入してください。			結核	有・無	歳 ヶ月	
			川崎病	有・無	歳 ヶ月	
			熱性けいれん(ひきつけ)	有・無	歳 ヶ月	

※この申込書は当日必ずご持参ください。