（様式2）　病児病後児保育室「杉の子ノア」

会員登録申請書

（登録日）　西暦　　年　　月　　日

ID		カルテNo.	

フリカナ 児童氏名		性　別	血液型　A ・ B ・ O ・ AB
		男 ・ 女	生年月日(西暦)　年　月　日
住所	〒　－ 市　区 県　町　村	自宅TEL　－　－	
通園・通学施設	市　区 町　村	保育園・幼稚園 こども園・小学校	組 年生
出生時の異常	なし ・ あり（　）	発達・発育	健　常 ・ 遅滞あり ・ 分からない
障害・疾患等	なし ・ あり（	特記事項(裏面)	あり ・ なし
かかりつけ医①	院名	住所: 電話:　－　－	
かかりつけ医②	院名	住所: 電話:　－　－	

【緊急連絡先】＊以下、緊急連絡先は、可能な限り③までご記入下さい。

① フリカナ		続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 他（　）
保護者氏名:		携帯	－　－
勤務先名称:		勤務先TEL	－　－
② フリカナ		続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 他（　）
保護者氏名:		携帯	－　－
勤務先名称:		勤務先TEL	－　－
③ フリカナ		続柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 他（　）
保護者氏名:		携帯	－　－
勤務先名称:		勤務先TEL	－　－

【アレルギー疾患連絡】＊該当する項目に☑を入れてください。

食物アレルギーの有無　☐ なし

☐ あり（ アナフィラキシー ／ ☐ あり　☐ なし ）

＊原因物質　☐ 鶏卵(備考:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)　☐ 牛乳・乳製品　☐ 小麦

☐ そば　☐ 大豆　☐ ごま　☐ 甲殻類（ えび ・ かに ・すべて ・ 他（　））

☐ ナッツ類（ すべて ・ ピーナッツ ・ アーモンド ・ クルミ ・ 他（　））

☐ 軟体類、貝類（ すべて ・ イカ ・ タコ ・ ホタテ ・ アサリ ・ 他（　））

☐ 魚卵（ イクラ ・ たらこ ・ 他（　））

☐ 魚類（ サバ ・ 他（　））　☐ 肉類（ 鶏 ・ 豚 ・ 牛 ・ 他（　））

☐ 果物（ キウィ ・ 他（　））　☐ その他（　）

＊処方薬　☐ なし → 緊急時の対応を記述下さい。(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

☐ あり（ ☐抗ヒスタミン　☐ステロイド薬　☐エピペン ）　＊与薬依頼書が必要となります。

【これまでに罹った病気など】＊該当する項目に☑を入れてください。

☐ 熱性けいれん（ 処方薬 ☐なし ☐あり／投与は＿＿＿＿℃以上の発熱 ）　☐ ぜんそく

☐ アトピー性皮膚炎　☐ てんかん(＿＿歳)　☐ 心疾患　☐ 川崎病　☐ 水ぼうそう

☐ おたふく　☐ 麻疹　☐ 風疹　☐ 突発性発疹　☐ その他(＿＿＿＿＿＿＿＿)

↓ 裏面、予防接種等につきましてもご記入願います。

【予防接種暦】*該当する項目に☑および回数をご記入下さい。
ヒブ／□未接種　□接種 → 接種回数（　回）　**肺炎球菌**／□なし　□あり → 接種回数（　回）
B型肝炎／□未接種　□接種 → 接種回数（　回）
混合ワクチン／□未接種　□三種（　回）　□四種（　回）
＊三種の場合 → **ポリオ**／□未接種　□生（　回）　□不活性（　回）
日本脳炎／□未接種　□接種 → 接種回数（　回）　BCG／□未接種　□接種
水ぼうそう／□未接種　□接種 → 接種回数（　回）　**ロタ**／□未接種　□接種 → 接種回数（　回）
麻疹・風疹／□未接種　□接種 → 接種回数（　回）　**おたふく**／□未接種　□接種

【過去の入院暦】*該当する項目に☑および回数をご記入下さい。
□　なし
□　あり →　病名①（　）／　歳　／　病院名（　）
病名②（　）／　歳　／　病院名（　）

【その他、本児童に関して特記事項があればご記入下さい。】

＊ご登録いただいた個人情報は、本保育室の運営に使用させていただく他、病児保育事業に関する情報として、所管の自治体・連携関係機関に報告させていただくことをご了承下さい。

児童が重篤な急変など緊急を要する時に、本保育室の判断で連携・関係機関にかかることを同意します。

保護者代表氏名（自署または記名押印）：