病(後)児保育キッズベアー　利用申込書

病(後)児保育キッズベアー　所長　殿

申込日　平成　　年　　月　　日

申込児童	氏名	ふりがな	ニックネーム		性別	男 女	生年月日	平成　　年　　月　　日
	自宅住所(〒　　－　　) 自宅電話番号:(　　)　　－							
	通園施設名	(　　)保育園・認定こども園 ・幼稚園 ・小学校　　／　在宅						
	児童の兄弟姉妹	歳(男・女)　　歳(男・女)　　歳(男・女)						

保護者緊急連絡先		連絡先　1	連絡先　2
	氏名		
	勤務先		
	TEL		
	携帯番号		
	続柄		

新　生　児　期	出生時の異常 (有 ・ 無)
発　育　・　発　達	普通 ・ 少し遅れていると思う ・ わからない
これまでにかかった主な感染症・病気	—かかった病気に〇をつけてください— 突発性発疹　水ぼうそう　おたふくかぜ　麻疹(はしか)　風疹 アトピー性皮膚炎　喘息　てんかん　中耳炎　関節がはずれやすい 溶連菌　川崎病　じんましん(原因は　　) その他(　　)
予　防　接　種	—受けた予防接種に〇をつけてください— 四種混合　B型肝炎　ポリオ　麻疹(はしか)風疹　ロタウイルス　日本脳炎 水ぼうそう　おたふくかぜ　Hib　肺炎球菌　三種混合　BCG
入院したこと	ない・ある　(病名:　歳　ヶ月)(病名:　歳　ヶ月) (病名:　歳　ヶ月)(病名:　歳　ヶ月)
熱性けいれん	なし ・ あり　(回数　回)最後はいつ(　年　月　℃以上
かかりつけ病院名	病院・医院　TEL
その他	アレルギー　なし ・ あり 食物: 卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他(　　) 薬 ・ その他(※ 保育上、配慮してほしい事について具体的にお書き下さい。

承諾事項	緊急時の診察・薬の処方・医療機関への転送を承諾しました。 保護者氏名(　　印　)