

病後児保育登録申請書

みずき保育園 園長様

年 月 日

申請者氏名

印

必要事項の記入とあてはまる項目を○で囲んでください。

フリガナ		男・女		生年月日 年 月 日生 (歳 ヶ月)		
児童氏名		(愛称:)				
住所	〒			電話番号:		
				携帯番号:		
世帯の状況	父:氏名		勤務先:	電話番号:		
	母:氏名		勤務先:	電話番号:		
	同居家族	氏名:	(続柄)	氏名:	(続柄)	
		氏名:	(続柄)	氏名:	(続柄)	
氏名:		(続柄)	氏名:	(続柄)		
緊急連絡先	氏名: (続柄)		電話番号:			
健康保険者番号	記号:	番号:	保険者番号:			
かかりつけ医	病院名:		電話番号:			
既往歴	突発性発疹 麻疹(はしか) 風疹 水痘(水ぼうそう) 川崎病 流行性耳下腺炎(おたふく風邪) 手足口病 ヘルパンギーナ 喘息 肺炎 百日咳 結核 アトピー性皮膚炎 てんかん 熱性けいれん 蕁麻疹 りんご病 その他()					
生育歴	妊娠中の異常 なし ・ あり () 出生体重 (g) 出産週数 (週) 出産時の異常 なし ・ あり () 首すわり (ヶ月) 一人座り (ヶ月) 一人歩き (ヶ月) 人見知り (ヶ月) 後追い (ヶ月) 話し始め (ヶ月) 栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 離乳食開始時期 (前期: ヶ月) (中期: ヶ月) (後期: ヶ月)					
アレルギー	食物アレルギー 全卵 卵黄 卵白 牛乳 小麦類 そば カニ・えびなどの甲殻類 ナッツ類 果物 () 魚類 () 肉類 () その他 () その他のアレルギー 花粉症 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 喘息 ハウスダスト 犬・猫					
ワクチン接種	BCG: 受けた ・ 受けていない 水痘: 受けた ・ 受けていない Hib: 受けた ・ 受けていない 麻疹・風疹混合(MR): 受けた ・ 受けていない 小児肺炎球菌: 受けた ・ 受けていない 日本脳炎: 受けた ・ 受けていない B型肝炎: 受けた ・ 受けていない おたふく風邪: 受けた ・ 受けていない 四種混合: 受けた ・ 受けていない ロタ: 受けた ・ 受けていない					
体質	風邪をひきやすい 下痢をしやすい 便秘 肌が弱い 脱臼しやすい 鼻血が出やすい					
その他	配慮してほしいことなど					

病後児保育確認書兼契約書

みずき保育園と利用契約を締結するにあたり、以下の項目をご確認頂き、署名・捺印をお願い致します。

<input type="checkbox"/> 確認した	病後児保育は回復期にあるお子様を預かる事業であることをご理解下さい。
<input type="checkbox"/> 確認した	対象児・利用可能日・保育時間・料金について十分にご確認いただき、ご利用ください。
<input type="checkbox"/> 確認した	体調が悪化した場合等には、直ちにお迎えをお願いすることもあります。
<input type="checkbox"/> 確認した	病後児保育は必ず事前予約の上、ご利用下さい。 職員の配置によりお受けできないこともあることをご理解ください。
<input type="checkbox"/> 確認した	本登録申請書・利用申請書に虚偽または偽りの申告があった場合、利用できないこともございます。
<input type="checkbox"/> 確認した	かかりつけ医記入の実施連絡票がない場合、病後児保育をお受けできません。
<input type="checkbox"/> 確認した	利用料金・給食費・おやつ代につきましては、お迎えの際に現金にてお支払い頂きます。 (当保育園に在籍の園児は無料です。)
<input type="checkbox"/> 確認した	自治体や関係機関からの求めに応じ、ご利用者様の情報を提供する場合があります。

令和 年 月 日

保護者住所:

保護者氏名:

印