

病児・病後児保育事業利用登録申込書

番 号

フリガナ	男	生年月日	年	月	日生
対象児氏名	女		歳		ヶ月
住 所 (〒 —)					
電 話					
通園(学校)名 () 愛称()					
家 族					
緊 急 連 絡 先					
生 育 暦					
食 事					
予 防 接 種					
感 染 症					
こ れ ま だ の 病 気					
そ の 他					

吉川医院キッズケアルーム
病児保育室児童登録表

年度	年	月	日記入
ふりがな 氏名	男 女	生年月日 年 月 日生 才 ヶ月	
住所 (〒 -)	電話 ()		
通園 (学) 名 ()	お子様の愛称 ()		
家族	父 氏名(ふりがな)	(才)	職業
	母 氏名(ふりがな)	(才)	職業
	きょうだい	才 (男・女)	才 (男・女) 才 (男・女)
緊急連絡先	父 1 勤務先名	電話	
	2 携帯電話など		
母	1 勤務先名	電話	
	2 携帯電話など		
他	電話	続柄・氏名()	
生育暦	妊娠中の異常 (なし ・ あり)		
	出産時の異常 (なし ・ あり)		
	出生時体重	g	
	首のすわり:	ヶ月	おすわり: ヶ月 一人歩き: ヶ月
栄養法	(母乳 ・ 人工 ・ 混合)		
離乳食開始時期:	ヶ月	現在の体重:	kg
食事	() ミルクのみ 1回量 () cc × () 時間毎		
	() 離乳食 () 回 (ドロドロ・キザミ)		
	食材 (豆腐・白身魚・鶏肉・牛豚肉・卵)		
() 幼児食			
除去食: なし・あり (卵・牛乳・大豆・その他)			

予防接種	4種混合(1 2 3 4)	BCG(済 ・ 未)		
	3種混合(1 2 3 4)			
	生ポリオ(1 2)	不活化ポリオ(1 2 3 4)		
	ヒブ(1 2 3 4)	肺炎球菌(1 2 3 4)		
接種	MRワクチン(1 2)	日脳(1 2 3 4)		
	水ぼうそう(1 2)	おたふくかぜ(1 2)		
	その他予防接種で受けたもの ()			
感染症	突発性発疹:	才	水ぼうそう	才
	はしか:	才	おたふくかぜ	才
	風疹:	才	百日咳	才
	手足口病	才	肝炎	才 (キャリアーである・ない)
	その他 (具体的に)		A型 ・ B型 ・ c型	
これまでの病気	熱性痙攣: 初回	才 (°C)	最後は	才 (°C)
	これまでに () 回			
	喘息様気管支炎: ない・ある (内服薬・吸入)			
	アトピー性皮膚炎: ない・ある (内服薬・除去食)			
その他の病気 (具体的に)				
入院した事	入院した事: ある・ない			
	病名	(才) 病院名	期間	
	病名	(才) 病院名	期間	
その他	平熱	°C		
	かかりつけ医	TEL		
	医師の指導により毎日服用している薬はありますか? (ある ・ ない)			
(薬名 いくつか)				
体質や癖など心配なこと、配慮してほしいことについて (具体的にお書きください)				

様式第2号(第5条関係)

病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

(あて先) 公立大学法人奈良県立医科大学理事長 殿

(申込者)住 所

(ふりがな)

保護者氏名

電 話

番 号

公立大学法人奈良県立医科大学病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込めます。

(ふりがな) 対象児 氏 名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (歳児)
保育所名	保育所	利用料区分	生活保護受給 該当・非該当	
利用日	年 月 日から 年 月 日まで			
緊 急 時 の 連 絡 先	氏名	児童との続柄		
	住所	電話		
	氏名	児童との続柄		
	住所	電話		

今回の病気について

・病名(分かっている場合のみご記入ください)

・症状(簡単にご記入ください)

・今朝の体温

℃

・下痢

ある・なし

・咳

ある・なし

・嘔吐(むかつき)

ある・なし

・機嫌

良好・普通・不良

・薬を飲んだ時間

時 分

・座薬等を使った時間

時 分