

聖蹟こどもTERRACE 病児保育・一時保育 登録票

記入日： 年 月 日

有効登録期間： 年 月 日～ 年 月 末日

次回更新月： 年 月

フリガナ		性別	生年月日	月齢	血液型
児童氏名		男・女	平成・令和 年 月 日	歳 カ月	型

連絡先	フリガナ	続柄	緊急連絡先		
	①氏名		携帯番号 () - () -	勤務先	
	フリガナ	続柄	緊急連絡先		
	②氏名		携帯番号 () -	勤務先 () -	

現住所	〒 -	メールアドレス
		自宅電話番号 () -

家族構成	続柄	氏名 (フリガナ)	生年月日	職業・在学名等
		()	昭和・平成・令和 年 月 日	
		()	昭和・平成・令和 年 月 日	
		()	昭和・平成・令和 年 月 日	
		()	昭和・平成・令和 年 月 日	
		()	昭和・平成・令和 年 月 日	

通園(通学)施設名		電話番号	() -
かかりつけ医		電話番号	() -

アレルギー	有・無 ※有の場合詳細を記入
	卵・牛乳・小麦・大豆・そば・その他 () ・食物以外 ()

発達の遅れなど 気になる点	有・無 ※有の場合詳細を記入
	詳細：

健康状態	平熱： 度 分 程度	熱性けいれん既往：有 (年 月 日) ・無
	既往歴：	
	かかりやすい病気： <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎	
	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 急性消化不良性 <input type="checkbox"/> 皮膚過敏症 <input type="checkbox"/> そのほか ()	

生活状況	預かりの経験：有・無	きょうだいの有無：有・無	排泄：オムツ・トレーニング中・トイレ
	ミルク・母乳：飲んでいない・飲んでいる（母乳・ミルク・混合）		量：1回 cc/ 時間毎
	食事：段階 離乳食（初期・中期・後期・完了期）・普通食		食べ方：食べさせてもらう・一人で食べる
予防接種	これまでに受けた予防接種に○をつけてください。		
	B型肝炎	【1回目・2回目・3回目】	
	ヒブ	【1回目・2回目・3回目・4回目】	
	肺炎球菌	【1回目・2回目・3回目・4回目】	
	四種混合	【1回目・2回目・3回目・4回目】	
	三種混合・ポリオ	【1回目・2回目・3回目・4回目】	
	BCG		
	MR <small>(麻疹風しん混合)</small>	【1回目・2回目】	
	水痘	【1回目・2回目】	
	日本脳炎	【1回目・2回目・3回目・4回目】	
	HPV	【1回目・2回目・3回目】	
	ロタウイルス	【1回目・2回目・3回目】	
	おたふくかぜ	【1回目・2回目】	
	インフルエンザ	最終接種： 年 月	
A型肝炎	【1回目・2回目・3回目】		
髄膜炎菌			
その他	()		

●留意点●

- ①診断書があっても当日入室時明らかにお子様の状態が悪い場合などお預かりできない時があります。
- ②利用者間の感染症には細心の注意を払いますが、感染の可能性が全くないというわけではありません。
- ③医師による往診はありません。緊急時には事後承諾で受診することがあります。（別途費用がかかります）
- ④けいれん・ひきつけを頻繁に起こすお子様、喘息発作等で吸入が必要なお子様、授乳が必要なお子様につきましては当面の間お預かりできません。
- ⑤保育中に病状が悪化し保育の継続が困難になった時にはご連絡させていただきますので、速やかなお迎えをお願い致します。
- ⑥一時保育当日のお子様の様子によりお預かりできない場合があります。
- ⑦登録の有効期間は1年間です。登録の更新には更新料3000円が必要です。

上記について承諾します。

令和 年 月 日

保護者氏名

印又はサイン

施設 記入欄	区分		登録番号	備考	受付
	在園	卒園			
		連携企業	一般		