

受付者	登録処理者	ナース

オハナ☆キッズケア 病児保育事業利用登録申込書

20 年 月 日 () 記入

申込者氏名： ④

ふりがな					生年月日
児童名	男 女	20 年 月 日 (歳 か月)			
自宅住所	〒				
現在の 保育状況 (児童の所属)	通所施設名 保育園【認可・認可外 (市)】・幼稚園・小学校・その他 ()				
保護者 連絡先	氏名		氏名		
	自宅電話		自宅電話		
	携帯電話		携帯電話		
	e-mail		e-mail		
	勤務先名		勤務先名		
	勤務先電話		勤務先電話		
世帯構成	氏名	性別	続柄	生年月日	職業
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	

出生に関する 情報	妊娠期間	週 日	妊娠中の異常	
	出生時体重	g	出生時異常	
	出生時身長	cm		
かかりつけ 医療機関	名称		主治医名	
	住所		電話	

予防接種	インフル エンザ菌b型 (Hib)	1回	年 月 日	小児肺炎 球菌	1回	年 月 日
		2回	年 月 日		2回	年 月 日
		3回	年 月 日		3回	年 月 日
		追加	年 月 日		追加	年 月 日
	B型肝炎	1回	年 月 日	ジフテリア 百日咳 破傷風 ポリオ	1回	年 月 日
		2回	年 月 日		2回	年 月 日
		3回	年 月 日		3回	年 月 日
	BCG	年 月 日			第1期 追加	年 月 日
	麻疹 風疹	第1期	年 月 日	水痘	1回	年 月 日
		第2期	年 月 日		2回	年 月 日
	日本脳炎	1回	年 月 日	ロタ ウイルス	1回	年 月 日
		2回	年 月 日		2回	年 月 日
第1期 追加		年 月 日	3回		年 月 日	
おたふく かぜ	年 月 日		ジフテリア 破傷風		第2期	年 月 日
	年 月 日		日本脳炎	第2期	年 月 日	
インフル エンザ	年 月 日		インフル エンザ	年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		
	年 月 日			年 月 日		

感染症歴 (該当しない場合は 「なし」に○を つけてください)	麻疹(はしか)	歳 か月	百日咳	歳 か月	感染症罹患歴 なし
	耳下腺炎 (おたふく風邪)	歳 か月	突発性発疹	歳 か月	
	水痘 (水ぼうそう)	歳 か月	その他 (RS/ヒトメタニューモウィルスなど)	歳 か月	
	風疹	歳 か月	(病名)		

その他 (該当しない場合は 「なし」に○を つけてください)	熱性けいれん	初回： 歳 カ月 (年 月頃) ダイアアップ処方 (あり・なし) 最終： 歳 カ月 (年 月頃)	なし	※別紙へ
	喘息	いつから： 歳 カ月 (年 月頃) 服薬 (あり・なし) 最終発作： 歳 カ月 (年 月頃) 薬品名： / 服薬時間	なし	※別紙へ
	アレルギー	いつから： 歳 カ月 アレルギー： (食物： / 薬品： / その他：) 症 状： 除去食品： アレルギーが出た際の対応：	なし	※別紙へ
	上記以外の病気・けが・頭を打ったことはありますか？ (あり→ いつ： 具体的に：)		なし	※別紙へ
	入院したことはありますか？ (あり→ いつ： 原因： 入院施設：)		なし	※別紙へ
	常時飲んでいる薬がありますか？ (あり→ いつ： 内容： 何のため)		なし	※別紙へ
	薬を飲んだ後、発疹や異常が現れたことがありますか？ (あり→ いつ： 内容： 症状：)		なし	※別紙へ
何か気になることや伝えておきたいことはありますか？ ()		なし	※別紙へ	

※スタッフ記入