

富士見町病児・病後児保育利用登録票

年 月 日

富士見町長 殿

次のとおり利用登録の申し込みをします。

フリガナ		生年月日		年	月	日
氏名		男・女		( 歳 月)		
住所	〒 TEL				お子さんの愛称	
					保育園・学校名	
保護者	緊急時連絡順	父・氏名	携帯電話		勤務先名	
			職場電話番号			
	母・氏名	携帯電話		勤務先名		
		職場電話番号				
その他連絡先		携帯電話		児童との続柄		
		電話				
兄弟	才(男・女)		才(男・女)		才(男・女)	
周産期	妊娠中の異常(なし・あり )					
	出生時体重 g					
	出産時の異常(なし・あり )					
発達	首のすわり( ヶ月)		つかまり立ち( ヶ月)			
	おすわり( ヶ月)		一人歩き( ヶ月)			
予防接種	BCG 未・済		ヒブ 未・接種中・済			
	ポリオ 未・接種中・済		麻疹・風疹 未・接種中・済			
	三種混合 未・接種中・済		おたふく 未・済			
	四種混合 未・接種中・済		水痘 未・済			
	小児用肺炎球菌 未・接種中・済					
感染症歴	水痘 未・済		麻疹 未・済			
	おたふく 未・済		風疹 未・済			
これまでの病気等	熱性痙攣 無・有 回					
	ぜんそく・アトピー性皮膚炎・生まれつきの疾患・よく罹る病気などがあればお書き下さい。					
アレルギー	食事 無・有					
	食事制限の程度( )					
	薬 無・有( )					
環境 無・有(ダニ・ハウスダスト・動物・その他 )						
薬	薬の飲み方	そのまま・コップ・スポイト・スプーン・その他( )				