

平成 年度

## 病児・病後児保育登録申請書

登録番号

済生会京都府病院院長殿

平成 年 月 日記入

申請者(保護者)氏名

印

〒

住所

電話

ふりがな 児童名	男・女	申請者との続柄	
生年月日	平成 年 月 日		
在保育所・幼稚園名	保育園(所)・	幼稚園・	小学校
かかりつけ 医療機関	医療機関名 電話	担当医師	
緊急連絡先	名前	続柄	電話
	名前	続柄	電話
	名前	続柄	電話

出生時の状況	妊娠中の異常 無・有( ) 出産時の異常 無・有( ) 出産時の体重 g
発育・発達	首のすわり ヶ月・寝返り ヶ月・はいはい ヶ月・歩行 ヶ月 最近受けた検診( )その結果( )
今までにかかった 病気	○をつけてください。 突発性発疹( )ヶ月・麻疹( )ヶ月・風疹( )ヶ月・手足口病( )ヶ月 水疱瘡( )ヶ月・おたふく風邪( )ヶ月・百日咳( )ヶ月・結核( )ヶ月 その他( )
予防接種	終了したものに○をつけてください。 BCG・ポリオ(1回・2回)・不活化ポリオ(1期初回 1回・2回・3回・追加)・ロタウイルス(1回・2回・3回) 三種混合/四種混合(1期初回 1回・2回・3回・一期追加)・肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) ヒブ(1回・2回・3回・追加)・MR…麻疹と風疹の混合(1期・2期)・水疱瘡・おたふく風邪・B型肝炎 日本脳炎(1期初回 1回・2回・追加・2期)
アレルギー	無・有( ) 治療・除去食等( )
喘息	無・有( ) ←吸入・常時薬等があればお書きください。
けいれん	無・有( ) ・ <b>ダイアップ</b> 坐薬の指示 なし・あり( °Cで1回・2回使用) ・ 解熱剤/坐薬 ( °Cで使用)
かかりやすい病気	(平熱 度)
その他	くせ等心配なこと、配慮して欲しいこと等ご記入ください。