

【登録日】 令和 年 月 日

【記入日】 令和 年 月 日

病児保育室ぽかぽか 利用登録票

ID

| | | | | | | | | |
|---------|----------|----|----|---------------|--------------------------|-------------|-------------------|----|
| ふりがな | | 性別 | | 生年月日 | 平成 令和 年 月 日(歳 か月) | | | |
| お子さまの名前 | | | | | | | | |
| ふりがな | | 続柄 | | 住所 | 〒 - | | | |
| 保護者氏名 | | | | 連絡先 | | | | |
| 在園名・在校名 | (歳児・年生) | | | | 緊急連絡先 (優先順に3つご記入ください) | | | |
| 家族構成 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 勤務先(所属課)・園・学校 | 1 人 目 | 氏名 | 続柄 | |
| | | | | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | | | | | | TEL | 携帯() 職場・自宅() | |
| | | | | | | 2 人 目 | 氏名 | 続柄 |
| | | | | | 生年月日 | | 年 月 日 | |
| | | | | | TEL | | 携帯() 職場・自宅() | |
| | | | | | | 3 人 目 | 氏名 | 続柄 |
| | | | | | 生年月日 | | 年 月 日 | |
| | | | | | TEL | | 携帯() 職場・自宅() | |

| | |
|-----------|----------------------------|
| かかりつけ医療機関 | すこやかkidsクリニック・その他(医療機関名:) |
| | 救急搬送希望: 日赤・市民 |

| | |
|--------|-----------------|
| 出生時の状況 | _____週 体重_____g |
|--------|-----------------|

| 病歴 | 病名・手術 | 年齢 | 現在の治療状況 病院・主治医 | 保育で注意すること | |
|-------------|-------|-------|-------------------|-----------|--------|
| 有 ・ 無 | | 歳 か月頃 | | | |
| | | 歳 か月頃 | | | |
| | | 歳 か月頃 | | | |
| | | 歳 か月頃 | | | |
| 発達面でのフォロー | 無・有 | 発達相談 | 療育教室 | リハビリ | その他() |

| | | |
|-------------|-------|--|
| アレルギー | 病名 | 食物アレルギー 喘息 花粉症 アレルギー性鼻炎 その他() ※検査結果を持参下さい |
| 有 ・ 無 | アレルゲン | 卵・乳・小麦・えび・かに・そば・落花生・大豆・ハウスダスト 犬・猫 その他() |
| | 対処法 | 処方されている薬(薬剤名) (使い方) |

| | | |
|------|---|----------------------------------|
| けいれん | 有 | 発作の回数(回) 熱(有・無) 受診先() 最終発作日() |
| | 無 | 処方されている薬(薬剤名) (指示) |

| | |
|--------------------------|--|
| その他 好きな遊びや 苦手なことなど | お子さまをお預かりするにあたり、留意点や配慮すべきことがありましたらご記入ください。 |
|--------------------------|--|