

北区病児・病後児保育利用登録申込書

(東京北医療センター / キッズタウン東十条保育園)

【区記入欄】

登録番号No. _____

北区教育委員会 殿

〒 _____

申込日: _____年 _____月 _____日

申込者: _____住所 _____

(保護者) _____氏名 _____

電話番号 _____

以下の記載内容のとおり、北区病児・病後児保育の利用登録を申し込みます。
 また、この申込書を実施施設で使用すること、教育委員会が申込者の課税状況と公的扶助に関して必要に応じて調査すること及び実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	通所施設			
児童氏名					(歳児クラス)		
生年月日	_____年 _____月 _____日生	愛称					
保護者連絡先	続柄	フリガナ			勤務先		
		氏名					
		携帯Tel					
	続柄	フリガナ			勤務先		
		氏名					
		携帯Tel					
緊急連絡先	フリガナ			Tel		続柄	
	氏名						
※緊急連絡先には、保護者以外の親族等を記入してください。							
かかりつけの医療機関			フリガナ			兄弟実績	
			兄弟氏名			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
予防接種	ワクチンの種類	時期	接種年月日	ワクチンの種類	時期	接種年月日	
	B C G		・	小児肺炎球菌	1回目	・	
	ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ	第1期	1回目		・	2回目	・
			2回目		・	3回目	・
			3回目		・	追加	・
			追加	・			
	インフルエンザ 菌b型 (Hib)	1回目	・	水痘	1回目	・	
		2回目	・		2回目	・	
		3回目	・				
	B型肝炎	1回目	・	日本脳炎	第1期	1回目	・
		2回目	・			2回目	・
		3回目	・			追加	・
	麻疹 (はしか) 風しん	1回目	・	ロタウイルス	1回目	・	
		2回目	・		2回目	・	
3回目		・	3回目		・		
麻しん (はしか) 風しん	第1期	・	おたふくかぜ	1回目	・		
	第2期	・		2回目	・		
既往・怪我歴	麻しん (はしか)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____歳 _____か月)	風しん (三日はしか)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____歳 _____か月)			
	水ぼうそう	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____歳 _____か月)	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____歳 _____か月)			
	百日咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____歳 _____か月)	突発性発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____歳 _____か月)			
	その他 (_____) (_____歳 _____か月)	その他 (_____) (_____歳 _____か月)					
	その他 (_____) (_____歳 _____か月)	その他 (_____) (_____歳 _____か月)					
その他	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 初回 (_____歳 _____か月) 最後 (_____歳 _____か月) これまでに _____回					
	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> 発作時に薬を飲んでいる <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいない <input type="checkbox"/> 貼付薬を貼っている <input type="checkbox"/> 貼付薬を貼っていない					
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 治療している (<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 食事制限) <input type="checkbox"/> 治療していない					
	入院の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名 _____)					
	常用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名 _____)					
	薬物・食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)					
発達	首のすわり	_____歳 _____か月	はいはい	_____歳 _____か月	一人歩き	_____歳 _____か月	
	おすわり	_____歳 _____か月	人見知り	_____歳 _____か月	初語 (意味のある言葉)	_____歳 _____か月	

記入例

北区病児・病後児保育利用登録申込書

(東京北医療センター / キッズタウン東十条保育園)

【区記入欄】

登録番号No. -

北区教育委員会 殿

〒114 - 8508

申込日: 令和 〇 年 〇 月 〇 日

申込者: (保護者)

住所 北区王子本町1-2-18

氏名 北区 太郎

電話番号 03-****-****

以下の記載内容のとおり、北区病児・病後児保育の利用登録を申し込みます。また、この申込書を実施施設で使用すること、教育委員会が申込者の課税状況と公的扶助に関して必要に応じて調査すること及び実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

Registration form for childcare facility. Includes fields for child's name (北区 一郎), birth date (令和 〇 年 〇 月 〇 日), parent information (北区 太郎), and medical history (vaccination records, allergies, etc.).