

登録番号( )

年度 病児病後児保育ハーティ利用登録申請書

株式会社びわこナーシング  
オリーブ守山保育園 様

年 月 日

病児病後児保育の利用にあたり、次の通り申請します。

ふりがな			西暦	年	月	日
児童名			生年月日	(	歳	ヵ月)
住所	〒		電話番号			
緊急連絡先	①氏名		電話番号	-	-	
	(続柄)		勤務先名	-	-	
	②氏名		電話番号	-	-	
	(続柄)		勤務先名	-	-	
かかりつけ医			就学前施設・小学校名			
これまでにかかった主な病気(なし・あり) 突発性発疹 麻疹 風疹 おたふくかぜ 水痘 アトピー性皮膚炎(治療は 内服薬・軟膏) 喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時のみ治療) その他( )			熱性けいれんの有無	なし・あり 回数__回 最後は 年 月 日		
心配なこと・伝えたいこと			障害の有無	なし・あり( )		
			医療ケアの有無	なし・あり( )		
予防接種	ポリオ(生ワク・不活化)__回 おたふくかぜ 水痘__回 BCG ロタウイルス__回 日本脳炎1期初回__回・1期追加 ヒブ初回__回・追加 三種混合1期初回__回・1期追加 小児用肺炎球菌初回__回・追加 四種混合1期初回__回・1期追加 B型肝炎__回 MR(麻疹・風疹混合)1期・2期 その他( )					
食物アレルギーの有無	なし・あり(牛乳・卵・その他 )					
同意書						
病児病後児保育の利用に際して、次の項目に同意します。 1 利用中は職員の指示を守ります。 2 児童の症状が急激に悪化する緊急時は、保護者による受診をします。 なお、保護者に連絡が取れない場合、上記について施設が代行することを了承します。 その際、発生する医療費・交通費等は、保護者が負担します。						
年 月 日						
株式会社びわこナーシング						
オリーブ守山保育園 あて						
保護者氏名 ㊟						