

登録番号()

年度 病児病後児保育利用登録申請書

株式会社びわこナーシング

オリーブ守山保育園 病児病後児保育ハーティ 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	(男・女)	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			
		電話番号	-	-	
	②氏名	電話番号	-	-	
	(続柄)	勤務先名			
電話番号		電話番号	-	-	
電話番号		電話番号	-	-	
かかりつけ医		通園・通学校名			
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		障がいの有無	なし・あり()		
		医療ケアの有無	なし・あり()		
予防接種	おたふくかぜ__回 水痘__回 BCG ロタウイルス__回 ヒブ初回__回・追加 小児用肺炎球菌初回__回・追加 四種混合1期初回__回・追加 B型肝炎__回 日本脳 炎1期初回__回・追加 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。					
*SNSの写真掲載について(不可 ・ 可)					
株式会社びわこナーシング			年 月 日		
オリーブ守山保育園 様					
保護者氏名 _____					