

登録番号

きっずらぼ病児保育室 事前登録票

記入日： 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	
児童氏名			男・女 回答なし	西暦	年 月 日
住所					
平熱	℃	血液型	型 (+ -)	普通の 保育状況	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> その他保育施設 <input type="checkbox"/> 自宅
非課税世帯等の場合利用料金に変動があります。		生活保護世帯	該当・非該当	住民税非課税等世帯	該当・非該当
利用時に、課税や受給状況の変更が生じていた場合には病児保育室へお知らせいたします。					<input type="checkbox"/> 同意する
健康保険証番号	記号	番号	番号	保険者番号	
緊急連絡先※ご連絡がしやすい順にご記入ください。					
	(フリガナ) 氏名	続柄	電話番号	備考 (職場名・呼出名など)	
1	()		<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場		
2	()		<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場		
3	()		<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場		
緊急連絡メール※緊急連絡先1～3のお電話が繋がらなかった時のみ使用します。					
(フリガナ) 氏名		続柄	メールアドレス ※確実に受信できるアドレスをご記入ください。		
()					

キッズラボボールパークこども園在園児のお子様のみ、以下ご記入ください。					
在籍クラス	<input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1歳 <input type="checkbox"/> 2歳 <input type="checkbox"/> 3歳 <input type="checkbox"/> 4歳 <input type="checkbox"/> 5歳				
通常保育中の病児保育切替利用の際、病院付き添い代行を希望する。				はい ・ いいえ	
「はい」の方は以下をご確認のうえ、ご署名ください。					
通常保育中での体調不良時、当日の病児保育利用を希望する場合に限り、保護者の希望に応じてこども園職員が園児の病院付き添いを代行します。病児保育利用を目的とするこども園から医療機関までの移動についてはタクシーを使用し、後日実費を頂戴いたします。なお、受診時に医師より保護者の来院および病児保育利用不可の指示を受けた際は即時お迎えをお願いすることをご了承ください。					
上記了承し、病院付き添い代行を依頼する。 保護者名： 印					

お子さんについて（母子手帳に基づいてご記入ください）						
出産時状況	出生体重（ ）g		在胎（ ）週	分娩時の異常：有・無		
生育状況	栄養方法：母乳・粉ミルク・混合	離乳：開始（ ）ヶ月・完了（ ）ヶ月				
首の座り（ ）ヶ月頃 お座り（ ）ヶ月頃 ひとり歩き（ ）ヶ月頃 話し始め（ ）ヶ月頃						
予防接種※母子手帳のコピー提出で記入代替可： コピー有・無						
BCG	未接種・接種済	三種混合	未接種・接種済（ ）回	四種混合	未接種・接種済（ ）回	
水ぼうそう	未接種・接種済（ ）回	肺炎球菌	未接種・接種済（ ）回	B型肝炎	未接種・接種済（ ）回	
Hib(ヒブ)	未接種・接種済（ ）回	MR(麻疹風疹)	未接種・接種済（ ）回	ロタ	未接種・接種済（ ）回	
おたふく	未接種・接種済（ ）回	日本脳炎	未接種・接種済（ ）回	新型コロナ	未接種・接種済（ ）回	
ポリオ	未接種・接種済（ ）回	その他				
今までにかかった感染症等						
<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> B型肝炎(キャリア含む) <input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ						
けいれん	なし・あり（ ）回	初回： 年 月頃	最後： 年 月頃			
	熱性・無熱性・てんかん	座薬の指示：あり・なし	（ ）℃以上の時			
喘息	なし・あり ⇒ <input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時のみ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬なし					
その他	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス（最終罹患 年 月）					
	<input type="checkbox"/> 手術歴（ ） <input type="checkbox"/> 他（ ）					
食物アレルギー	なし・あり（ ）	エピペン	なし・あり			
その他アレルギー	なし・あり（ ）	エピペン	なし・あり			
普段の生活状況						
薬	※医師が処方した内服薬・吸入薬・軟膏。薬の名称と回数をご記入ください。 なし・あり（ ）					
食事	離乳食(<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了) 1日()回		<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク1回()cc1日()回			
	好きな食べ物()		嫌いな食べ物()			
	食欲 (<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食)		食べ方(<input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 手伝いが必要)			
おむつ	なし(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け必要)・あり (<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> パンツに移行中 <input type="checkbox"/> 寝る時のみ使う)					
睡眠	昼(: ~ :)夜(: ~ :)		寝つき	良・悪	寝起き	良・悪
	寝かしつけ方・寝る時の癖など()					
好きな遊びや玩具：						
お子さんの性格、癖：						
自宅での体調不良時の様子や癖、その他配慮が必要なことや気掛かりなことをご記入ください。						