

病児保育利用登録・申込書

特定非営利活動法人オープンハウスこんぺいとう・病児保育利用を申し込みます

申込期日 R 年 月 日()

保護者名 _____ 印

利用児名 _____ ()才

利用児の 家族構成	ふりがな 氏名	利用者 との続柄	生年月日	性別	勤務先 連絡先
			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	
			年 月 日生	男・女	

※個人情報の取り扱いについて、当法人の目的のみで使用し、他の目的で使用する事はありません。

申込人住所

保証人住所

続柄()

氏名

印

(※申し込みは保護者の方)

続柄()

氏名

印

(※保証人は同居家族以外の方)

R 年 月 日()

特定非営利活動法人オープンハウスこんぺいとう

病児保育室

病児保育個人票

R 年 月 日()

ふりがな		男児	現在利用している施設名	
名前		女児		
生年月日	H・R 年 月 日 (歳 ヲ月)			
現住所	〒			
ふりがな			利用児との関係	
保護者名	(歳)		()	
勤務先		電話番号		
携帯番号	(緊急時使用)		母子手帳確認 (未・済)	
既往疾患		予防接種		
はしか (ヲ月・歳) 風疹 (ヲ月・歳) おたふくかぜ (ヲ月・歳) 水ぼうそう (ヲ月・歳) 肺炎 (ヲ月・歳) ノロ (ヲ月・歳) インフルエンザ (ヲ月・歳) ひきつけ (ヲ月・歳)		麻疹・風疹 (ヲ月・歳) BCG (ヲ月・歳) ポリオ (ヲ月・歳) 水痘 (ヲ月・歳) 日本脳炎 (ヲ月・歳) おたふく (ヲ月・歳) インフルエンザ (ヲ月・歳) B型肝炎 (ヲ月・歳) 三種混合 (ヲ月・歳) 四種混合 (ヲ月・歳) その他 () (ヲ月・歳)		
健康状態		かかりつけの病院		
・アレルギー 有・無 何に対して () ・障がい 有・無 認定区分 () ・喘息 有・無 ・その他 ()		保険証番号		
食事に	ミルク()回/1日(CC)	フォローアップミルク (有・無) CC		
関して	ご飯(普・離乳食(初期・中期・後期))	経口栄養 1日/何回(CC)水分(CC)		
排泄	オムツ・おまる・トイレ		インフルエンザ予防接種(未・済)いつ?(/)	
好きな遊び	愛用している品(おしゃぶり等)	医療的行為に関して		
		依頼する処置等(○囲みで) (内服・剤薬・経管栄養・吸引)		
苦手な食材	預けるに際しての要望等	その他		
		[]		