

あおぞら小児科病児保育登録票

記載日：西暦 年 月 日

フリガナ						男・女	
氏名				愛称			
生年月日	西暦	年 (H	年)	月	日生【	歳 力月】	
保育園・幼稚園・学校名							
療育名	週 () 回・支援内容 ()						
アレルギー	食 物	たまご ・ 小麦 ・ 乳 ・ その他 ()					
		解 除	()	年	月	日	確認
なし・あり	薬	()					確認
熱性けいれん	回数 () 回	初回発作 (歳	力月)	最終発作 (歳 力月)	
なし・あり	けいれん止め	発熱時にけいれん止めを使用 していない ・ している					
感染症罹患歴	水ぼうそう(歳頃) おたふくかぜ(歳頃) その他()						
常用薬							
生活面でお知らせしておきたいこと お願いしたいことなど							
食事面でお知らせしておきたいこと お願いしたいことなど							

私は、あおぞら小児科病児保育の利用に際し、病児保育の規約を十分に理解し、承諾の上、利用申請登録を行うことに同意します。

西暦 年 月 日

同意者（保護者または代理人）住所 _____

児童との続柄 _____