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	生年月日
氏名			西暦　　年（R　　年）　　月　　日
園名・学校名			
療育 なし・あり	施設名：　　週（　　回）・支援内容（　　） ○　療育面で配慮が必要なこと、お知らせしておきたいこと		
アレルギー なし・あり	食物	たまご　・　小麦　・　乳　・　その他（　　）	
		解除	（　　）　　年　月　日　確認
			（　　）　　年　月　日　確認
	薬		
熱性けいれん なし・あり	回数（　　）回　初回発作（　　歳　　ヶ月）最終発作（　　歳　　ヶ月）		
	けいれん止め	使用している　・　使用していない	
基礎疾患			
常備薬			
感染症罹患歴	水ぼうそう（　　歳頃）おたふくかぜ（　　歳頃）そのほか（　　）		

○　生活面でお知らせしていきたいこと

○　食事面でお知らせしていきたいこと

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　児童との続柄（　　）