

病児保育利用登録書

この調査票は、保育上注意しなければいけない事について事前にお尋ねするものです。
母子手帳等を参考に該当する項目にチェックをつけ、必要事項を漏れのないように記入してください。

登録日 年 月 日

ふりがな 児童名		(男・女)	生年月日	(西暦) 年 月 日生
平熱	℃		血液型	型
通園中の 幼稚園・保育所			緊急連絡先	続柄：
ふりがな 保護者氏名				続柄：
住所	(〒 —)			
保護者 勤務先	氏名：	(続柄：)	(〒 —)	TEL
	勤務先名：			
	氏名：	(続柄：)	(〒 —)	TEL
	勤務先名：			
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※「あり」にチェックを入れた方 ・アレルギーの原因【 <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 () 】 ※アレルギー症状が出た時の対応・処置をお書きください <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>			
その他の アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 動物 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 寒暖差 <input type="checkbox"/> その他 () ※アレルギー症状が出た時の対応・処置をお書きください <div style="border: 1px dashed black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>			
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※「あり」にチェックを入れた方 今まで () 回 最終おこった () 年 () 月 けいれん時の体温 () ℃ かかりつけ医より、薬(ダイアップ等)をもらっている。(あり・なし)			
てんかん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

