

# 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ことはありません。

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 ヶ月)		
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)	
<b>既往疾患</b>		<b>予防接種</b>	
はしか ( ヶ月・歳) 風疹 ( ヶ月・歳) おたふくかぜ ( ヶ月・歳) 水ぼうそう ( ヶ月・歳) 肺炎 ( ヶ月・歳) ノロ ( ヶ月・歳) インフルエンザ ( ヶ月・歳) ひきつけ ( ヶ月・歳)		麻疹・風疹 ( ヶ月・歳) BCG ( ヶ月・歳) ポリオ ( ヶ月・歳) 水痘 ( ヶ月・歳) 日本脳炎 ( ヶ月・歳) おたふく ( ヶ月・歳) インフルエンザ ( ヶ月・歳) 三種混合 ( ヶ月・歳) B型肝炎 ( ヶ月・歳) 四種混合 ( ヶ月・歳) その他 ( ) ( ヶ月・歳)	
<b>健康状態</b>		<b>かかりつけの病院</b>	
・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 ( )		<b>保険証番号</b> _____	
<b>食事に</b>	ミルク ( )回/1日 ( CC)	フォローアップミルク (有・無) CC	
<b>関して</b>	ご飯(普・離乳食(初期・中期・後期))	経口栄養 1日/何回 ( CC) 水分 ( CC)	
<b>排泄</b>	オムツ・おまる・トイレ	インフルエンザ予防接種(未・済)いつ?( / )	
<b>好きな遊び</b>	<b>愛用している品(おしゃぶり等)</b>	<b>医療的行為に関して</b>	
		依頼する処置等(〇囲みで) (内服・剤薬・経管栄養・吸引)	
<b>苦手な食材</b>	<b>預けるに際しての要望等</b>	その他 [ ]	