

病児・病後児保育事前登録票

学校法人三星学園
病児・病後児保育 みくろす ナーシング

令和 年 月 日

保護者氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次の通り申し込みます。

ふりがな 児童氏名		性別 男 ・ 女	生年月日 年 月 日 (歳 か月)	
児童の所属 保育園・幼稚園・小学校 電話 ()				
保護者	ふりがな 氏名		続柄	勤務先名
	携帯電話			電話番号
				勤務先から当施設までの所要時間 (時間 分)
	ふりがな 氏名		続柄	勤務先名
携帯電話		電話番号		
			勤務先から当施設までの所要時間 (時間 分)	
自宅	住所 (〒) 電話番号			
これまでの 病気	※これまでにかかった病気及び感染症に○をつけてください 突発性発疹 麻疹(はしか) 風疹 おたふくかぜ 水痘(水ぼうそう) 百日咳 B型肝炎(キャリアで あり・なし) 川崎病(心臓合併症 あり・なし)			
	熱性けいれん	なし・あり	初回: 歳 か月 最終: 歳 か月 発熱時はけいれん予防の座薬を使用されていますか? (はい ・ いいえ)	
	喘息 喘息様気管支炎	なし・あり	薬を飲んでいる 毎日 ・ 発作時 ・ いない 吸入療法をしている 毎日 ・ 発作時 ・ いない	
	アトピー性皮膚炎	なし・あり	治療法: 内服薬 ・ 食事療法	
	その他の病気 (具体的に)			
	入院歴	病名 (歳 か月)		

アレルギー	食物	なし・あり	卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他（ ）	
	薬	なし・あり	薬の名前：	
予防接種 該当するものに○をつけてください	BCG	未・済	ヒブワクチン	1・2・3・追加
	四種混合	I 期 1 回・2・3・追加	肺炎球菌ワクチン	1・2・3・追加
	MR（麻疹風疹）	I 期・II 期	B 型肝炎	1・2・3
	日本脳炎	I 期 1 回・2・追加	ロタウイルス	1・2・3
	おたふくかぜ	1・2	その他の予防接種を受けている場合ご記入ください	
	水痘	1・2		
	インフルエンザ	最終接種： 年 月		
食事	乳児	ミルク		
		離乳食		
	幼児	食事方法	食べさせてもらう・自分で食べようとするが不十分 自分で食べる（手づかみ・スプーン・フォーク・はし）	
		食事量	よく食べる・普通・食が細い・むらがある	
		好きなもの		
		嫌いなもの		
排泄	オムツ・トイレ・午睡中のみオムツ使用・トイレトレーニング中			
	その他（排泄回数が多い・少ない、便秘・尿意のサイン等）配慮が必要な場合は、ご記入ください			
睡眠	午睡	する・時々する・しない		
	午睡時間	： ～ ：		
	睡眠方法	添い寝 ・ 一人寝 ・ 抱っこ ・ 仰向け ・ 横向き		
その他寝付くときのくせがあれば、ご記入ください				
好きな遊び				
くせ・性格等				
発達上 気になること	発育・発達	普通 ・ 少し遅れていると思う ・ わからない		
	具体的にお書きください			
その他	心配なことや配慮してほしいことがありましたら、具体的にお書きください			