

令和 年度

登録番号

令和 年 月 日

## 病後児保育室利用登録申請書

新潟大学あゆみ保育園 宛

次のとおり病後児保育室の利用登録を申請します。

申請者 (保護者) ※本学で勤務 されている方	フリガナ				続柄
	氏名				<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
	住所	〒 ー			
	電話番号	自宅		携帯	
	学内所属先			職名	
電話(内線番号)			e-mail		
保護者2	氏名			続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )
	勤務先			電話番号	
乳幼児	フリガナ			生年月日	平成・令和 年 月 日
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年齢 歳
				愛称	
	他の通園施設名			電話番号	
主治医 (かかりつけ医)	医療機関名				
	担当医師名			電話番号	( ) ー

既往歴 (今までかかった病気の番号に■印を付けてください。)

<input type="checkbox"/> 突発性発疹	食物アレルギー(内容・配慮事項)
<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	
<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (除去食材: )
<input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか)	<input type="checkbox"/> 起こりやすい症状 ひきつけ・けいれん・喘息・下痢・風邪 その他( )
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
<input type="checkbox"/> 百日咳	
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他(病気・入院歴・常備薬等)

予防接種の状況（これまで受けたものとその回数等に■印を付けてください。）

・四種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ)	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 4回
・三種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風)	第1期初回( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 )	<input type="checkbox"/> 第1期追加		
・ポリオ	生ポリオ( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 )	不活化ポリオ( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 )		
・BCG	<input type="checkbox"/> 1回			
・MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期		
・日本脳炎	第1期( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 )	第2期		
・ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 4回
・肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 4回
・おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回		
・水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回		
・B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	
・ロタウイルス	1価( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 )	5価( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 )		
・その他	( )			

※予防接種欄は、母子手帳で確認してご記入ください。

保育資料（日常生活の状況について記入してください。）

健康状態	健康面・身体面での留意点(体質・病歴等)					
食 事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク (          ml /          回 ) <input type="checkbox"/> 離乳食( 前 ・ 中 ・ 完 ) <input type="checkbox"/> 普通食					
	食べ方	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 手づかみ	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> おはし	
	飲み方	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶	<input type="checkbox"/> マグ	<input type="checkbox"/> コップ		
	好き嫌い	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	好きな物(                                  )		
	その他					
睡 眠	昼 寝	<input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する(          時 ~          時 )			
	寝るときの癖					
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立					
	日常の便の様子 <input type="checkbox"/> 固 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 軟          (回数          回 / 日)					
好きな遊び 人見知り						
一日の流れ	6 時	9 時	12 時	15 時	18 時	21 時

新潟大学あゆみ保育園使用欄

更新日	/	/	/
サイン			