

病後児保育契約及び登録書(初回登録時)

登録番号	
------	--

* 病後児保育室山崎こじか園の重要事項説明書に基づいて、内容を確認、同意の上、保育契約を締結し登録をいたします。

病後児保育室 山崎こじか園 施設長 鈴木 礼子

〒144-0034 東京都大田区西糀谷1-31-1
03-3731-5093

契約期間 令和 年 月 日～就学まで

記入日 令和 年 月 日 対象児童名() 保護者の署名()印

氏名(ふりがな)	愛称()	通所施設名
生年月日・年(月)齢	(男 ・ 女) 年 月 日()	住所・電話番号
住所 〒		
自宅TEL		
かかりつけ医院名		協力医院名
住所・電話番号		住所・電話番号
保護者名(ふりがな)		保護者名(ふりがな)
(続柄)		(続柄)
生年月日	年 月 日	生年月日
		年 月 日
携帯TEL		携帯TEL
会社名		会社名
仕事内容		仕事内容
会社TEL		会社TEL

緊急時引渡し名簿(特記事項などありましたら備考にご記入ください。)
災害などの緊急時に保護者を含めた、お迎えに来ていただける方をご記入ください。
ご記入のない方へのお引き渡しはできません。

①名前	(続柄)	連絡先
備考		
②名前	(続柄)	連絡先
備考		
③名前	(続柄)	連絡先
備考		
④名前	(続柄)	連絡先
備考		
⑤名前	(続柄)	連絡先
備考		

契約及び登録書にご提供いただく個人情報は、病後児保育事業のためにのみ利用します。

保育参考資料

保育を行うにあたり参考とさせていただきますので、ご記入をお願いいたします。

家族構成(本人、保護者以外の同居家族)

名前(ふりがな)		通所施設又は勤務先名
	年齢() (男・女) 続柄()	
	年齢() (男・女) 続柄()	
	年齢() (男・女) 続柄()	
	年齢() (男・女) 続柄()	

新生児期: 出生児の異常(有・無)	発育・発達 : 普通・少し遅れていると思う・わからない
-------------------	-----------------------------

新生児期: 身長	cm	体重	g	
----------	----	----	---	--

予防接種	4種混合	受けていない・受けた (1期1回 2回 3回 1期追加)				
	BCG	受けていない・受けた	ヒブ	受けていない・受けた	回	
	MR	受けていない・受けた	回	ロタ	受けていない・受けた	回
	肺炎球菌	受けていない・受けた	回	B型肝炎	受けていない・受けた	回
	水ぼうそう	受けていない・受けた	回	おたふくかぜ	受けていない・受けた	回

これまでにかかった主な感染症 他 病気 かかった病気に○をつけてください

1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ

6. ヘルパンギーナ 7. 手足口病 8. 溶連菌感染症

9. 熱せいけいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無)

10. アトピー性皮膚炎 11. 喘息及び喘息様気管支炎(連続治療中・悪化時治療のみ)

12. その他()

入院したこと	ない・ある(病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月)
	(病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月)

常時服用している薬	ない・ある(具体的に:)
-----------	--------------------

食事制限 ある場合は具体的に	ない・ある
-------------------	-------

その他	体質(薬物アレルギーや、くせなど心配なこと、配慮してほしいについて具体的にお書きください)
-----	---