病児保育室ユーネスト
事前登録申込書

記入日　　年　　月　　日

※登録番号

登録する児童について

ふりがな 氏名	生年月日　　年　　月　　日	性別　男・女
住所	電話番号	
通園施設名　　（　　）保育所（園）・幼稚園・小学校　　年　　組		
兄弟姉妹（兄○歳などとして列挙）		

保護者の連絡先　☆なるべく複数の連絡先をご記入ください

氏名	続柄	勤務先（名称）　（電話番号）	携帯電話
・	・	・	・
・	・	・	・
・	・	・	・

児のこれまでの経過について

出生歴　：　（　）週　（　　）g で出生

発育発達歴：異常を指摘されたこと・気になる点が

（ない・ある…具体的に　　）

予防接種歴：接種済みのものに丸をつけてください

肺炎球菌（1・2・3・追加）　五種混合（1・2・3・追加）　ロタウイルス（1・2・3）

B 型肝炎（1・2・3）　BCG　麻疹風疹混合（1 期・2 期）　水痘（1・2）　おたふくかぜ

日本脳炎（1・2・追加）

これまでにかかったことのある疾患：

突発性発疹　　百日咳　　おたふくかぜ　　水痘　　熱性けいれん

その他（　　）

☆　特に麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘について、未接種・未罹患の児は、保育できない場合があることをご了承ください。

現在の状態について

現在何か病気で通院していますか？　（　いいえ・　はい　）

はい　の場合、　病名：　　医療機関名：

常用している薬　　（なし・あり…具体的に　　）

薬や食べ物に対するアレルギー（なし・あり…具体的に　　）

家族の中でタバコを吸う方はいますか？（父・母・祖父・祖母・それ以外の方　　）

この書類は、ご希望の日時に保育できることを確約するものではありません。
保育を希望される際は、前日（診療時間内）、もしくは当日（7:50～8:30）にお電話で問い合わせ下さい。
定員以内であれば診察を行った上で医師の判断により入室を決定いたします。
※入院を要する場合や、適切な隔離スペース確保が困難な場合は入室できないことがあります

医療法人上原医院　病児保育室ユーネスト