

平成 年度

登録番号

平成 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	〒 一				
	電話番号	自宅		携帯		
	学内所属先			職名		
		電話(外線)		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 年 月 日	
	氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
				年齢	歳	
	他の通園施設名				電話番号	
	主治医 (かかりつけ医)	医療機関				
担当医師			電話番号	() -		

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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(除去食材:)	
<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 起りやすい症状	
<input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか)	ひきつけ・けいれん・喘息・下痢・風邪	
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	その他()	
<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)				
	□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()	
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			