

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()

氏名(ふりがな) 生年月日・年(月)齢	愛称() (男・女) 年 月 日()	通所施設名 住所・電話番号
住所 〒		
自宅TEL		
かかりつけ医院名 住所・電話番号	協力医院名 住所・電話番号	
保護者名(ふりがな) (続柄)	保護者名(ふりがな) (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 仕事内容 会社TEL	会社名 仕事内容 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 備考	(続柄)	連絡先
②名前 備考	(続柄)	連絡先
③名前 備考	(続柄)	連絡先
④名前 備考	(続柄)	連絡先
⑤名前 備考	(続柄)	連絡先

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(児童名_____)

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	5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	ロタ	受けていない・受けた 回
	MR	受けていない・受けた 回	B型肝炎	受けていない・受けた 回
	肺炎球菌	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
	水ぼうそう	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 にかかった病気に○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. インフルエンザ 10. 新型コロナウイルス

11. 熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無)

12. 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)

13. 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)
-------------	---