

玉島病院病児保育室保育申込書

年 月 日

フリガナ			
お子様のお名前	男・女 お家での呼び方		
生年月日：平	年	月	日 (才 ヶ月) 体重 kg
住所：	市・郡	町	かかりつけの病院
電話番号：	()	—	
お父さんのお名前：			TEL ()
勤務先			常用している薬
電話番号	()	—	有 ()
お母さんのお名前：			無
勤務先			
電話番号	()	—	
緊急時の連絡先：続柄	氏名	電話番号	() —
お家での食事 () ミルクのみ (1回 cc) 何時間おき (時間)			
() ミルクと離乳食 ミルク (1回 cc) 何時間おき (時間)			
離乳食 (ヶ月食) 1日 (回)			
() 幼児食 1日 (回)			
食事アレルギーの有無 ()			
今までにかかった病気： 突発性発疹 ・ はしか ・ 水痘 ・ 風疹 ・ おたふくかぜ ・ 喘息 肺炎 ・ ひきつけ (才 ヶ月) ・ その他 ()			
今までに受けた予防接種： BCG (1回)			
三種混合		第1期 1回 2回 3回	四種混合 第1期 1回 2回 3回
		第1期追加	第1期追加
		第2期	
ポリオ		1回 2回	
不活化ポリオ		1回 2回 3回 追加1回	
MR (麻疹・風疹)		第1期 第2期	
日本脳炎		第1期 1回 2回	
		第1期追加	
		第2期	
Hib		1回 2回 3回 4回	
肺炎球菌		1回 2回 3回 4回	
ロタウイルス		1回 2回	
その他		()	
医師の診察により、治療をおまかせします はい いいえ (希望の治療法)			

保育中に病状が急変し、御家族に連絡が取れない場合には、当院の判断で他の医療施設に移送することもございますのでご承諾下さい。

尚保育時間は8：30～17：30までですのでお迎えの時間は厳守してください。

上記のことにつき承諾いたします。

氏名

印