

送迎付病児保育室エルダーフラワー 利用登録申込書

申込日 20 年 月 日

次のとおり、送迎付病児保育室エルダーフラワーの利用登録を申し込みます。なお、利用にあたっては施設の定めるサービス内容について承諾します。

申請者

氏名	(フリガナ)		電話番号		
住所	〒				
緊急連絡先	1	氏名		電話番号	
		勤務先名		勤務先番号	
	2	氏名		電話番号	
		勤務先名		勤務先番号	
メールアドレス					

利用児童

氏名	(フリガナ)		生年月日	20 年 月 日
				(歳 ヶ月)
性別		愛称		
住所	※申請者と異なる場合のみ 〒			
通園・通学施設		電話番号		
かかりつけ 医療機関等	名称		担当医師名	
	所在地			
平熱	() °C			
アレルギー	なし・あり ()			
既往症	なし・あり (水ぼうそう・おたふく・熱性けいれん・喘息・食物アレルギー・突発性発疹・川崎病・B型肝炎(キャリア含)・その他→ ())			
常用薬	なし・あり ()			
予防接種	<input type="checkbox"/> 母子手帳の該当ページの写しを提出			

裏面に続く

生活習慣	昼寝	なし・あり（ ）時（ ）分～（ ）時（ ）分頃
	排泄	自立している・していない 排尿・排便のサインがある場合（ ）
	食事	<量> よく食べる・普通・食が細い・授乳のみ
		<方法> ひとりで・手伝いが必要・食べさせる・授乳のみ
	好きな遊び	
	性格	
その他 配慮事項		
2歳未満のお子様 はご記入ください	授乳・ 食事	母乳・ミルク（ 回/日 ml/回）・離乳食（初・中・後・完了）・ 幼児食
	水分補給	<方法> 哺乳瓶・マグ・コップ
		<区分> 麦茶・水・ミルク・いずれも可
運動	首すわり・寝返り・自力で座れる・はいはい・立つ・ つたい歩き・自力歩行	

保育中の診察等に係る同意確認

保育中、必要に応じて診察及び検査を受けることに同意します。

けいれん・喘息発作等、急を要する場合の投薬・処置は医師の判断に任せます。

保護者署名 _____

施設利用欄

<提出書類> 保険証の写し 小児医療症の写し 母子手帳の写し
