



玉島病院病児保育室保有申込書

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：昭・平	年	月	日 (才 ヶ月) 体重 k g
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			薬 (有・無)
電話番号	()	—	有の場合
お母さんのお名前：			朝服用している いない
勤務先			服用方法 (1日 回)
電話番号	()	—	食前 食間 食後
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 c c)	何時間おき (時間)	に何回 (回)
	ミルクと離乳食	ミルク (1回 c c)	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：	突発性湿疹・はしか・百日咳・水痘・風疹・おたふくかぜ・喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・中耳炎 気管支炎・肺炎・ひきつけ (才 ヶ月)・入院するような病気 ()		
今までに受けた予防接種：	ポリオ (1回・2回) ・三混 (1期 1・2・3回目・2期 ツ反・BCG・二混・MMR・はしか・おたふくかぜ・風疹 みずぼうそう・その他 ()		
今までに当保育園を利用されたことがありますか	無	有	(年 月頃)

保育中に病状が急変し、ご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了承下さい。

尚保育時間は8：30～17：00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