

病児・病後児保育 登録用紙

No.		受付年月日	H . .	保育所・幼稚園・小学校名	☎
フリガナ				生年月日	平成 年 月 日生
氏名	(男・女)				
住所	〒				☎
医療機関	☎			主治医	
登録する施設 (下枠に○を記入してください)	松江市立病院 すこやか保育室	松江赤十字乳児院	つわぶき保育園 病児病後児保育室	比津ヶ丘保育園融合センター 病児病後児保育室	
家族状況	保護者氏名①			保護者氏名②	
	勤務先			勤務先	
		☎			☎
	緊急連絡先			緊急連絡先	
		☎			☎
	その他			その他	
周産期	●妊娠中	正常	異常	()	
	●出産時	正常	異常	()	
	●生下時体重	g			
発育状況	栄養 (母乳 人工 混合)				○首のすわり ()
	離乳食開始	前期	ヶ月		
		中期	ヶ月		○おすわり ()
		後期	ヶ月		
	幼児食	歳	ヶ月		○一人歩き ()

実施施設長 様	本用紙で病児・病後児保育登録を希望する児童について、利用時の病状の変化に対する措置として私及び代理の者が迎えに行く事ができない場合は、主治医への往診依頼を貴施設よりされる事、また、往診が不可能である場合には貴施設の判断する医療機関で受診する事に同意いたします。
平成 年 月 日	住 所 保護者氏名
	印

※ 裏面もご記入ください

