

病児・病後児保育事業 事前登録票

令和 年 月 日

|         |  |                    |  |   |                      |  |
|---------|--|--------------------|--|---|----------------------|--|
| 登録園児・児童 | フリガナ   |                    | 愛称   | 性別  | 生年月日                 |  |
|         | 園児・児童氏名  |                    |  | 男・女   | H・R 年 月 日<br>( 歳 か月) |  |
|         | 自宅住所   |                    | 〒 ー  |   |                      |  |
|         | 自宅電話番号   |                    | 通園・通学先   |   |                      |  |
|         | かかりつけ医   |                    | 医療機関名:   |   | 担当医:                 |  |
| 保護者     | 父  | 氏名                 | 携帯電話番号   |   |                      |  |
|         |  | 勤務先                | 勤務先電話番号  |   |                      |  |
|         | 母  | 氏名                 | 携帯電話番号   |   |                      |  |
|         |  | 勤務先                | 勤務先電話番号  |   |                      |  |
| 予防接種    | 小児用肺炎球菌  |                    | □なし □1回目 □2回目 □3回目 □追加                                 |   |                      |  |
|         | 百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ                                  |                    | 五種混合(DPT-IPV-Hib)                                      | □なし □1回目 □2回目 □3回目 □追加                          |                      |  |
|         |  |                    | 又は四種混合(DPT-IPV)  | □なし □1回目 □2回目 □3回目 □追加                          |                      |  |
|         |  |                    | 不活性ポリオ   | □なし □1回目 □2回目 □3回目 □追加                          |                      |  |
|         |  |                    | 生ポリオ   | □なし □1回目 □2回目 □3回目 □追加                          |                      |  |
|         | Hib  |                    | □なし □1回目 □2回目 □3回目 □追加                                 |   |                      |  |
|         | BCG  |                    | □なし □済   |   |                      |  |
|         | はしか(麻疹)、風疹   |                    | MR(麻疹・風疹) 又は<br>はしか(麻疹)<br>風疹                          | □なし □1回目 □2回目<br>□なし □1回目 □2回目<br>□なし □1回目 □2回目 |                      |  |
|         | 水痘   |                    | □なし □1回目 □2回目  |   |                      |  |
|         | 日本脳炎   |                    | □なし □1回目 □2回目 □追加                                      |   |                      |  |
|         | B型肝炎   |                    | □なし □1回目 □2回目 □3回目                                     |   |                      |  |
| ロタウイルス  |  | □なし □1回目 □2回目 □3回目 |  |   |                      |  |
| おたふくかぜ  |  | □なし □1回目 □2回目      |  |   |                      |  |
| インフルエンザ |  | □なし □1回目 □2回目      |  |   |                      |  |
| 健康状態    | これまでにかかった感染症                                       |                    | □突発性発疹 □はしか(麻疹) □水痘(水ぼうそう) □風疹<br>□おたふくかぜ □百日咳 □その他( ) |   |                      |  |
|         | これまでにかかった病気  |                    | ( ) 歳 か月 □入院   |   |                      |  |
|         |  |                    | ( ) 歳 か月 □入院   |   |                      |  |
|         |  |                    | ( ) 歳 か月 □入院   |   |                      |  |
|         |  |                    | □熱性けいれん(初回 歳、最後 歳)                                     |   |                      |  |
|         | 出産時の異常   |                    | □あり ( )  |   |                      |  |
| アレルギー   |  |                    | □あり ( )  |   |                      |  |
|         | 症状   |                    | ( )  |   |                      |  |
|         | 制限   |                    | ( )  |   |                      |  |
| 薬       | 常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的にお書きください。            |                    |  |   |                      |  |
| その他     | 体質(薬物アレルギー等)や発育・発達に関すること、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。 |                    |  |   |                      |  |