

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	( 年 月 日 歳 ヶ月)
	自宅住所	〒 -			
	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 (ワクチン)	Hib	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加			
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加			
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ	四種混合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 三種混合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加			
	BCG	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済			
	麻疹、風疹	MR(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	水痘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加			
	□タウウイルス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
インフルエンザ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目				
健康状態	これまでにかかった感染症	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか(麻疹) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他( )			
	これまでにかかった病気	( ) 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院			
		( ) 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院			
		( ) 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院			
	出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり ( )			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 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・発達に関する事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。				