

病児・病後児保育利用登録書

(登録日 年 月 日)

| | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------------------------------------------|-------------|-----------|---------|----------------|-----------|-----------|--|
| フリガナ | | | | | | 男・女 | 通園している施設名 | |
| 児童氏名 | 愛称() | | | | | | | |
| 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | (歳 ヶ月) | | |
| 自宅住所 | 熊取町 | | | | | (電話 - -) | | |
| 家族状況 | 氏名 | 続柄 | 勤務先 | 電話 | 携帯電話 | 備考 | | |
| | | | | - - | - - | | | |
| | | | | - - | - - | | | |
| | | | | - - | - - | | | |
| | | | | - - | - - | | | |
| | | | | - - | - - | | | |
| | | | | - - | - - | | | |
| 緊急連絡先 | (氏名) (住所) | | (電話 - -) | | | | | |
| 緊急連絡先2 | (氏名) (住所) | | (電話 - -) | | | | | |
| 生育歴 | 出生 週 g 出生時の異常はありましたか？(有・無) 定期健診で何か指摘されたことはありますか？ () | | | | | | | |
| 既往歴 | 突発性発疹 | 未・済(歳) | 風疹 | 未・済(歳) | | | | |
| | 麻疹(はしか) | 未・済(歳) | 水ぼうそう | 未・済(歳) | | | | |
| | おたふくかぜ | 未・済(歳) | | 未・済(歳) | | | | |
| | 今までにかかった病気で注意すべきものについて記入してください。 | | | | | | | |
| アレルギー けいれん その他 | 食物アレルギー | 有・無 | けいれん | 有・無 | 入院歴 | 有・無 | 備考 | |
| 予防接種 | ヒブ | 1回・2回・3回・4回 | | 日本脳炎 | 1期 1回・2回・追加・2期 | | | |
| | 小児用肺炎球菌 | 1回・2回・3回・4回 | | 三種混合 | 1回・2回・3回・追加 | | | |
| | ロタウイルス | 1回・2回・3回 | | ポリオ | 1回・2回・3回・追加 | | | |
| | 四種混合 | 1回・2回・3回・追加 | | おたふくかぜ | 1回・2回 | | | |
| | BCG | 未・済 | | B型肝炎 | 1回・2回・追加 | | | |
| | MR | 1期・2期 | | | | | | |
| | 水ぼうそう | 1回・2回 | | | | | | |
| かかりつけ医 | 病院名 | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | |