

病児・病後児保育利用登録書

(登録日 令和 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									
家族状況	氏名		続柄	勤務先	勤務先電話		携帯電話			
(備考欄)										
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)		おたふくかぜ	未・済( 歳)					
	水痘(水ぼうそう)	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			B型肝炎	1回・2回・3回				
	小児用肺炎球菌	1回・2回・3回・4回			ロタウイルス	1回・2回・3回				
	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			(四種混合を受けた方は以下記入不要)					
	MR	1期・2期			三種混合	1回・2回・3回・追加				
	水痘(水ぼうそう)	1回・2回			ポリオ	1回・2回・3回・追加				
	日本脳炎	1期・1回・2回・追加・2期								
かかりつけ医	病院名									
	電話番号									