

※1年に1回更新

病児保育事業 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 (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			
(ワクチン)	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						
	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						
	混合(5種・4種・3種)	<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						
	ポリオ(不活化)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目						
	2種混合	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済						
	BCG	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済						
	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						
	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						
	ロタウイルス	<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							
健康状態	これまでにかかった病気	<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()						
	入院歴	才 月(病名)						
		才 月(病名)						
	熱性けいれんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(初回 歳、最後 歳)						
	出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
薬	※食物アレルギー除去食の対応は出来かねます。昼食・おやつ持参をお願いします。							
	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。							
	好きな遊び、その他配慮してほしいことがあればお書きください。							