

※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		〒 -					
	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( )					
薬	アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
	※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。		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	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。							