

登録番号	
------	--

## 病児・病後児保育利用登録票

年 月 日 記入

記入者

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童氏名		男・女	年 月 日	歳 力月
自宅住所	(〒 - ) 電話			
かかりつけ医	医院・病院		先生	
通園施設名	保育所・こども園・幼稚園・幼稚園・小学校			
保護者	父 氏名	勤務先名		
	携帯電話	電話番号		
	母 氏名	勤務先名		
	携帯電話	電話番号		
緊急時の連絡先	第1連絡先 電話番号	氏名	続柄	
	第2連絡先 電話番号	氏名	続柄	
出生時の異常	なし・あり ( )			
予 防 接 種	B型肝炎	( 1回・2回・3回 )		
	ヒブ	( 1回・2回・3回・追加 )		
	小児用肺炎球菌	( 1回・2回・3回・追加 )		
	ポリオ	( 1回・2回 )	不活化ポリオ( 1回・2回・3回・追加 )	
	三種混合	1期 ( 1回・2回・3回・追加 )		
	四種混合	1期 ( 1回・2回・3回・追加 )		
	BCG	未・済 ( 年 月実施)		
	麻しん・風しん	( 1期・2期 )		
	日本脳炎	1期 ( 1回・2回・追加 ) ・ 2期		
	水ぼうそう	( 初回・追加 ) ・ かかった		
おたふくかぜ	受けた ・ かかった			
予防接種確認日				

これまでにかかった主な病気 ーかかった病気に○をつけてくださいー

1 突発性発疹	2 熱性けいれん (最後はいつ 年 月 日)		
3 アトピー性皮膚炎	4 喘息	5 その他 ( )	

入院したこと ない・ある (病名: 歳 力月) (病名: 歳 力月)

現在治療中の病気	ない・ある 病名 ( )
使用している薬	ない・ある 薬名 ( ) 内服・外用・坐薬・吸引・その他

アレルギー ない・ある

食事制限 ない・ある (具体的に )

体質 (薬物アレルギー等)、くせなど。心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にご記入ください。
--