

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	
祖父母	同居 (有-無)	祖父 氏名		祖母 氏名	
		携帯電話		携帯電話	
兄弟	(有-無)	第 子			
緊急 連絡先	氏名	①	②	③	
	電話番号				
	所要時間				
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)			
	ロタウイルス	(1回・2回・3回)			
	四種・五種混合	1期 (1回・2回・3回・追加)			
	BCG	未・済 (年 月実施)			
	麻疹・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 一かかった病気に○をつけてください

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。