

病児・病後児保育事業 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 (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			
予防接種 (ワクチン)	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					
	小児用肺炎球菌	<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					
	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ	四種混合DPT-IPV又は三種混合DPT	<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	
		不活性ポリオ生ポリオ	<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	
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	BCG	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済					
	はしか(麻疹)、風疹	MR(麻疹・風疹)又ははしか(麻疹)風疹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
			<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						
インフルエンザ	<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感染症	<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()			
	これまでにかかった病気	()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院	
		()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院	
		()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院	
		<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(初回 歳、最後 歳)					
出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり ()						
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ()						
	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	体質(薬物アレルギー等)や発育・発達に関する事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。						