

病児・病後児保育事業 事前登録票

(西暦) 年 月 日 記入

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日
	児童氏名			男・女	(西暦) 年 月 日 (歳 か月)
	自宅住所				
	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	続柄	氏名	携帯電話番号		
		勤務先	勤務先電話番号		
	続柄	氏名	携帯電話番号		
		勤務先	勤務先電話番号		
予防接種	五種混合	<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			
	四種混合	<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			
	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			
	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			
	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			
	おたふくかぜ	<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			
	その他				
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"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)			
		<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息用気管支炎			
		<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (初回： 歳 か月、最後 歳、これまで計 回)			
		<input type="checkbox"/> その他 (具体的に：)			
	入院の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (歳 か月、病名)			
		<input type="checkbox"/> あり (歳 か月、病名)			
出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に：)				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <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、具体的に記入してください。				
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記入してください。				