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	□なし　□１回目　□２回目　□３回目　□追加
	四種混合	□なし　□１回目　□２回目　□３回目　□追加
	Hib	□なし　□１回目　□２回目　□３回目　□追加
	小児用肺炎球菌	□なし　□１回目　□２回目　□３回目　□追加
	B型肝炎	□なし　□１回目　□２回目　□３回目
	ロタウイルス	□なし　□１回目　□２回目　□３回目
	BCG	□なし　□済
	MR（麻疹・風疹）	□なし　□１回目　□２回目
	水痘	□なし　□１回目　□２回目
	おたふくかぜ	□なし　□１回目　□２回目
	日本脳炎	□なし　□１回目　□２回目　□追加
	その他	
健康状態	これまでにかかった病気	□突発性発疹　□麻疹（はしか）　□風疹　□水痘（水ぼうそう）
		□おたふくかぜ　□百日咳　□川崎病　□喘息・喘息性気管支炎
		□熱性けいれん　（初回：　　歳　　か月、最後　　歳、これまで計　　回）
		□その他　（具体的に：　　）
	入院の経験	□なし　□あり　（　　歳　　か月、病名　　）
		□あり　（　　歳　　か月、病名　　）
	出産時の異常	□なし　□あり　（具体的に：　　）
	アレルギー	□なし　□あり　（　　） 症状　（　　） 生活上の留意点　（　　）
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・発達に関すること、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。	