

病児・病後児保育事業 事前登録票

記入日： 年 月 日

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日		
	児童氏名			男・女	年 月 日 (歳 カ月)		
	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			
		勤務先		勤務先電話番号			
	母	氏名		携帯電話			
		勤務先		勤務先電話番号			
予防接種(ワクチン)	H i b	<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	●四種混合 DPT-IPV	<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
	ジフテリア	●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
	破傷風	●不活性ポリオ	<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
	ポリオ	●生ポリオ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	B C G	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済				
	はしか(麻疹)、風疹	MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
		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		
	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	ヵ月	<input type="checkbox"/> 入院		
		()	歳	ヵ月	<input type="checkbox"/> 入院		
		()	歳	ヵ月	<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 ()	<input type="checkbox"/> なし					
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし					
	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。						