

病児・病後児保育 事前登録書

個人情報、その保護に十分配慮しつつ、当事業の範囲に限り使用させていただきます。

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日	
	児童氏名			男・女	H・R 年 月 日 (歳 ヶ月)	
	自宅住所	〒 -	兄弟姉妹	氏名	(歳) 男・女	
	自宅電話番号	- -		氏名	(歳) 男・女	
	通園施設名	() 保育園 ・ 幼稚園 () 歳児 ・ 年少 ・ 年中 ・ 年長				
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生				
保護者	フリガナ	続柄	フリガナ	続柄		
	氏名 (歳)		氏名 (歳)			
	勤務先名		勤務先名			
	勤務先電話 - -		勤務先電話 - -			
	携帯電話 - -		携帯電話 - -			
その他の緊急連絡先	① 電話： - - 連絡先名： 続柄： ② 電話： - - 連絡先名： 続柄：					
予防接種	※これまでに受けた予防接種の番号と【 】内の回数に、○をつけてください。					
	1 ヒブ	【 1回目・2回目・3回目・追加 】				
	2 小児用肺炎球菌	【 1回目・2回目・3回目・追加 】				
	3 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	【 1回目・2回目・3回目・追加 】				
	4 B型肝炎	【 1回目・2回目・3回目 】				
	5 ロタウイルス	【 1回目・2回目・3回目 】				
	6 BCG					
	7 MR (麻しん・風しん混合)	【 1回目・2回目 】				
	8 水ぼうそう	【 1回目・2回目 】				
	9 おたふくかぜ	【 1回目・2回目 】				
	10 日本脳炎	【 1回目・2回目・追加 】				
11 その他	【 】					
既往歴	※これまでにかかった病気の番号に○をつけ、【 】内に記入してください。					
	1 突発性発疹	2 はしか (麻しん)	3 風しん	4 百日せき		
	5 おたふくかぜ	6 水ぼうそう	7 B型肝炎	8 日本脳炎		
	9 熱性けいれん 【回数 回】 最後はいつ? 【H・R 年 月 日】 座薬【無・有】					
	10 アトピー性皮膚炎 【治療は <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 食事療法】					
	11 喘息および喘息様気管支炎 【 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ】					
	12 その他 【 】					
新生児期	出生時の異常 (無・有)		障がい者手帳をお持ちの場合や配慮が必要な状況などがありましたら具体的にお書きください。			
発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない					
入院の経験	有・無	病名： (歳 ヶ月)	病名： (歳 ヶ月)			
		病名： (歳 ヶ月)	病名： (歳 ヶ月)			
常時服用している薬	有・無	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時服用している薬がありましたら具体的にお書きください。				
食事制限・食物アレルギー	有・無	主治医から指示を受けている場合は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、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お書きください。					