

## 病児保育室利用児童登録票

申請者名

保 護 者	保護者氏名		続柄	勤務先名		
	( 歳)					
	緊急連絡先			職種		
	電話	— —		勤務先電話 — —		
	( 歳)			勤務先名		
登 録 児 童	児童氏名		児童の兄妹姉妹	歳(男・女)	歳(男・女) 歳(男・女)	
	ふりがな		愛称	性別	生年月日	
				男・女	西暦 年 月 日生 ( 歳 か月)	
	住所(〒 — )		電話 — —			
	通園施設名( )		市町村( )	保育園・幼稚園・小学校		
かかりつけの医師 医療機関名						
既往歴(今までにかかった病気に番号と【 】の内容に○を付けてください。)						
1. 突発性発疹 【 歳 か月】 10. 熱性けいれん 2. 麻疹(はしか)【 歳 か月】 【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】 3. 水疱(水ぼうそう)【 歳 か月】 【坐薬の指示は 有・なし】 4. 風しん(三日ばしか)【 歳 か月】 11. てんかん【既往・治療中】 5. 流行性耳下腺炎(おたふくはぜ)【 歳 か月】 12. 食物アレルギー 6. 百日咳 【 歳 か月】 【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他( )】 7. 喘息・喘息様気管支炎 【薬の服用は 毎日・不調時 のみ】 13. その他 8. アトピー性皮膚炎 【具体的に： 】 9. 川崎病【心臓合併症は あり・なし】						
予防接種(これまでに受けた予防接種の番号と【 】の回数に○を付けてください。)						
1. ヒブ【1期 1回目・2回目・3回目・追加】 5. MR(1期・2期) 2. 肺炎球菌【1期 1回目・2回目・3回目・追加】 6. 日本脳炎【1期 1回目・2回目・3回目・追加】 3. 四種混合【1期 1回目・2回目・3回目・追加】 7. ロタウイルス【1回目・2回目】 三種混合 【1期 1回目・2回目・3回目・追加】 8. 水疱(水ぼうそう) ポリオ(経口・不活化)【1回目・2回目・3回目・追加】 9. インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】 4. BCG 10. その他【 】						
入院の経験(入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください。)						
1 ない 2 ある【 歳 か月、病名 【 歳 か月、病名 】						
常時内服している薬(常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。)						
1 ない 2 ある【具体的に： 】						
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください。)						