

病児保育事業 事前登録票

記載日:令和 年 月 日

登録園児・児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日		
	氏名			男・女	H R	年 月 日 (歳 か月)	
	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:			
緊急連絡先	第①	氏名		携帯電話番号			
		勤務先		勤務先電話番号			
	第②	氏名		携帯電話番号			
		勤務先		勤務先電話番号			
予防接種 (ワクチン)	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					
	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ	四種混合DPT-IPV又は 三種混合DPT 不活性ポリオ生ポリオ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 追加
	BCG	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済					
	はしか(麻疹)、風疹	MR(麻疹・風疹)又は はしか(麻疹) 風疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 2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 か月 <input type="checkbox"/> 入院					
		() 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院					
		() 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院					
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり (初回 歳 月、最後 歳 月) 計 ()					
	出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり ()					
アレルギー	<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)、頓服薬(抗けいれん薬など)があれば、具体的にお書きください。						
その他	体質や発育・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。						