

病児・病後児保育事業利用登録申請書

登録番号

年 月 日 記入

<small>ふりがな</small> 児童名	性別	生年月日 年齢	年 歳	月 ヶ月	日				
自宅住所									
通所・通学施設		かかりつけ医		お子さんの愛称					
家族構成	氏名	年齢	続柄	勤務先・部署名・通所施設					
緊急連絡先	続柄・会社名・部署名		電話番号・内線番号		時間帯				
	①				常時 ・ : ~ :				
	②				常時 ・ : ~ :				
	③				常時 ・ : ~ :				
	④				常時 ・ : ~ :				
⑤				常時 ・ : ~ :					
疾患 有・無	疾患名								
常用薬 有・無	薬剤名・用法・用量								
アレルギー 有・無	品 目								
熱性痙攣 有・無	初回	歳	ヶ月	最終	年 月 過去 回				
喘息 有・無	吸入療法は 毎日・発作時のみ・していない								
定期予防接種	B型肝炎	①	年 月	②	年 月	③	年 月		
	ヒブ	①	年 月	②	年 月	③	年 月	④	年 月
	小児用肺炎球菌	①	年 月	②	年 月	③	年 月	④	年 月
	四種混合	①	年 月	②	年 月	③	年 月	④	年 月
	BCG	年	月	MR	①	年 月	水痘	①	年 月
					②	年 月		②	年 月
日本脳炎	①	年 月	②	年 月	③	年 月	④	年 月	

裏面もあります。

任意 予 防 接 種	ロタウイルス		1価 ① 年 月 ② 年 月			
			5価 ① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月			
	おたふくかぜ		① 年 月 ② 年 月			
	A型肝炎		① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月			
	インフルエンザ		一番最近接種した日 年 月		髄膜炎菌 年 月	
入院 歴	有・無	時期	歳	ヶ月頃	疾患名	
		時期	歳	ヶ月頃	疾患名	
		時期	歳	ヶ月頃	疾患名	
		時期	歳	ヶ月頃	疾患名	
感 染 症 歴	はしか	有・無	歳	ヶ月	B型肝炎	歳 ヶ月
	水ぼうそう	有・無	歳	ヶ月	(キャリアである・キャリアでない)	
	百日咳	有・無	歳	ヶ月	他()	歳 ヶ月
	おたふくかぜ	有・無	歳	ヶ月	他()	歳 ヶ月
発達に関して気になること(言語・運動・知能面など)					有・無	
(内容)						
食事制限や注意点					有・無	
(内容)						
その他気になることやお預かりするうえで注意してほしい点等あればお書きください。						

表面もあります。