

病児保育事業 事前登録票

令和 年 月 日

登録園児・児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日			
	園児・児童氏名			男・女	H R	年 月 (歳 か月)		
	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	携帯電話番号					
		勤務先	勤務先電話番号					
	母	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"/> 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"/> 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
	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			
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)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、好きな遊びなど配慮してほしいことについて具体的にお書きください。							