

病児保育事業利用登録書

令和 年 月 日

□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---

届出者 氏名

ふりがな 児童氏名		生年月日		年	月	日生				
保護者	氏名	続柄 ()		児童の愛称						
	住所 (〒 -)			所属	保育園・幼稚園 小学校					
緊急連絡先	氏名	続柄 ()	勤務先名	電話番号 携帯番号						
	氏名	続柄 ()	勤務先名	電話番号 携帯番号						
	かかりつけ医		電話番号							
	生活保護の適用の有無		適用なし・適用あり (年 月 日保護開始)							
感染症歴等	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) : 歳 カ月		<input type="checkbox"/> 百日咳 : 歳 カ月		<input type="checkbox"/> 水ぼうそう : 歳 カ月					
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ : 歳 カ月		<input type="checkbox"/> 風疹 : 歳 カ月		<input type="checkbox"/> 突発性発疹 : 歳 カ月					
	熱性けいれんの有無 (ある・ない)			その他のけいれんの有無 (ある・ない)						
	熱性けいれん止めを使用している (はい・いいえ) ℃以上で使用 使用しているお薬の名前									
	B型肝炎 : 歳 カ月 (キャリアー・キャリアーではない)									
	今までに大きな病気になあつたことがある (はい・いいえ) 具体的に: アレルギーの有無 (有・無) 具体的に:									
予防接種	Hib		四種混合、三種混合		日本脳炎		不活化ポリオ		ロタウイルス	
	1回目		1回目		1回目		1回目		1回目	
	2回目		2回目		2回目		2回目		2回目	
	3回目		3回目		追加		3回目		3回目	
	追加		追加		追加		追加		追加	
	肺炎球菌		BCG		水痘		生ポリオ		B型肝炎	
	1回目		1回目		1回目		1回目		1回目	
	2回目		麻疹風疹混合		2回目		2回目		2回目	
3回目		1回目		おたふくかぜ		追加		3回目		
追加		2回目		1回目		追加		追加		
発達	※1歳半までの方は記入してください 出生時:体重 () g 在胎 () 週 栄養法 (母乳・人工・混合) 首のすわり () カ月 おすわり () カ月 一人歩き () カ月									