病児・病後児保育事業　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　　日 （　　歳　　か月）
	自宅住所	〒　　ー			
	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	□なし　□1回目　□2回目　□3回目　□追加
	小児用肺炎球菌	□なし　□1回目　□2回目　□3回目　□追加
	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ	四種混合DPT-IPV又は　□なし　□1回目　□2回目　□3回目　□追加 三種混合DPT　□なし　□1回目　□2回目　□3回目　□追加 不活性ポリオ生ポリオ　□なし　□1回目　□2回目　□3回目　□追加 □なし　□1回目　□2回目
	BCG	□なし　□済
	はしか（麻疹）、風疹	MR（麻疹・風疹）又は はしか（麻疹）　□なし　□1回目　□2回目 風疹　□なし　□1回目　□2回目
	水　痘	□なし　□1回目　□2回目
	日本脳炎	□なし　□1回目　□2回目　□追加
	B型肝炎	□なし　□1回目　□2回目　□3回目
	ロタウイルス	□なし　□1回目　□2回目　□3回目
	おたふくかぜ	□なし　□1回目　□2回目
	インフルエンザ	□なし　□1回目　□2回目

健康状態	これまでにかかった感染症	□突発性発疹　□はしか（麻疹）　□水痘（水ぼうそう）　□風疹 □おたふくかぜ　□百日咳　□その他（　　）
	これまでにかかった病気	（　　）　歳　か月　□入院
		（　　）　歳　か月　□入院
		（　　）　歳　か月　□入院
		□熱性けいれん（初回　　歳、最後　　歳）
	出産時の異常	□あり（　　）
	アレルギー	□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・発達に関すること、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。