

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 (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	<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
			不活性ポリオ	<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
			生ポリオ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
			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"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
				<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1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					
口タウイルス		<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(水はつてつ) <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 <input type="checkbox"/> 入院					
			() 歳か <input type="checkbox"/> 入院					
			() 歳か <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、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。							