

病児・病後児保育事業 事前登録票

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日		
	児童氏名			男・女	年 月 日 (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	<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
			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)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
			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	
	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				
			<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(初回 歳、最後 歳)				
	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。						