

様式第1号(第10条関係)

病後児保育利用登録書

年 月 日記入

記入者氏名()

フリガナ 児 童 氏 名	(男・女)		生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	
住 所				自宅電話	- -
通所施設名	() 保育園 ・ 認定こども園 ・ 幼稚園 ・ 小学校				
保護者の連絡先		続柄	携帯電話番号	勤務先	勤務先電話番号
氏 名			- -		- -
氏 名			- -		- -
緊急連絡先(2箇所)			連絡先		電話番号
緊急時の連絡先		①			- -
		②			- -
かかりつけ医	医療機関名			電話番号	- -
持 病 の 有 無	無 ・ 有 ()				
生 育 歴	出産時の異常 なし ・ あり()		出生体重 ()g		
	出産時期 在胎()週		平 熱 ()℃		
予 防 接 種	四種混合(三種混合)		未接種 ・ 接種済 (一期 1回 ・ 2回 ・ 3回) 一期追加		
	ヒブ		未接種 ・ 接種済 (一期 1回 ・ 2回 ・ 3回) 一期追加		
	肺炎球菌		未接種 ・ 接種済 (一期 1回 ・ 2回 ・ 3回) 一期追加		
	水痘(水ぼうそう)		未接種 ・ 接種済 (1回 ・ 2回)		
	MR(麻しん・風しん混合)		未接種 ・ 接種済 (一期 ・ 二期)		
	BCG		未接種 ・ 接種済		
	日本脳炎		未接種 ・ 接種済 (一期 1回 ・ 2回 ・ 追加) 二期		
	ロタウイルス		未接種 ・ 接種済(1回 ・ 2回 ・ 3回)		
	その他				
既 往 歴	突発性発疹 麻しん(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風しん 百日咳 喘息 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 肺炎 中耳炎 その他()				
	※これまでに入院したことがありますか(いつ頃) (病名)				
薬	※常時内服している薬または吸入、軟膏などがありますか なし ・ あり()				
食 品	アレルギー なし ・ あり () ※制限している食品があれば記入して下さい。				
熱性けいれん既往がある方は、お答えください	これまで()回 起こした時は(熱が上がる時 熱が下がる時) ※最終けいれんはいつですか() ※熱が上がった時は薬を使用しますか する() ・ しない				
保 育	薬の飲み方 (薬を嫌がる・嫌がらない) 粉薬(水に溶かす・そのまま口に入れる)				
	※どのような方法で薬を飲ませていますか() ※泣いた時、落ち着く方法はありますか()				
※その他、体質やくせ、ご心配や配慮して欲しいことがあればご記入ください。					