

# 病児・病後児保育利用登録票(秘)

水口子育て支援センター

\*以下の項目へのご記入をお願いします。

登録 児 童	ふりがな 氏名		愛称	性別	生年月日		
					平成・令和 年 月 日 ( 歳 か月)		
	自宅住所		(〒 - )				
	自宅電話番号				在籍校園		
	かかりつけ医		医療機関名：			担当医：先生	
保 護 者	父	(ふりがな) 氏名	( )	緊 急 連 絡 先	携帯電話番号	- -	
		(ふりがな) 氏名	( )		勤務先電話番号	- -	
	母	(ふりがな) 氏名	( )		携帯電話番号	- -	
					勤務先電話番号	- -	
きょうだい	氏名 (続柄: 年齢: ) 氏名 (続柄: 年齢: ) 氏名 (続柄: 年齢: )						
予 防 接 種  ( ワ ク チ ン )	<p>*終了した予防接種に○をつけてください。</p> <p>( ) 三種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風) 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加</p> <p>( ) 四種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ) 1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加</p> <p>( ) ポリオ 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ( ) BCG</p> <p>( ) 麻疹 風疹(MR) 1期・2期 ( ) 日本脳炎 1期初回(1回目・2回目)・追加</p> <p>( ) ヒブ ( ) 肺炎球菌 ( ) おたふくかぜ ( ) みずぼうそう(1回目・2回目)</p> <p>( ) B型肝炎(1回・2回・3回) ( ) ロタウイルス(1回・2回)(3回…5価の場合)</p>						
こ れ ま で の 病 気	<p>*かかった病気に○をしてください。</p> <p>( ) ジフテリア ( ) 百日咳 ( ) はしか ( ) 風疹 ( ) みずぼうそう</p> <p>( ) おたふくかぜ ( ) 突発性発疹 ( ) ヘルニア ( ) 腎炎 ( ) 喘息</p> <p>( ) 脱臼 ( ) ひきつけ</p> <p>*熱性けいれん、アレルギーはありますか。</p> <p>・熱性けいれん 有・無 &lt; 歳 か月ごろ&gt; ( ) °Cの熱のとき</p> <p>・アレルギー 有・無</p> <p>食物 ( 卵・乳製品・大豆・小麦・魚介類・そば・その他 )</p> <p>動物・虫 ( ) 植物 ( )</p> <p>症状・制限 ( )</p> <p>*病名 ( ) &lt; 歳 か月ごろ&gt; 入院: 有・無</p> <p>*病名 ( ) &lt; 歳 か月ごろ&gt; 入院: 有・無</p>						
そ の 他	*心配なことや配慮が必要なことがあれば、具体的にお書きください。						

修正日 ( R / / ) ・ ( R / / ) ・ ( R / / )

登録番号	受付者	受付日	登録日	令和 年 月 日
		R 年 月 日		