

病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 |  | H・R 年 月 日<br>( 歳 ヶ月) |
|            | 自宅住所                                              |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |     |  |                      |
|            | 自宅電話番号                                            |                                                  | 通園・通学先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |     |  |                      |
|            | かかりつけ医                                            | 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<br>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<br>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<br>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<br>又ははしか(麻疹) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |     |  |                      |
| 健康状態       | インフルエンザ                                           |                                                  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |     |  |                      |
|            | 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<br><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 ヶ月 <input type="checkbox"/> 入院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |  |                      |
|            |                                                   |                                                  | ( ) 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 入院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |  |                      |
|            |                                                   |                                                  | ( ) 歳 ヶ月 <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( )<br>症状( )<br>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書きください。 |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |     |  |                      |