

病児保育室利用登録票



記入日： 年 月 日

お子様のお名前	ふりがな	男	生年月日 年 月 日		
		女	愛称：		歳 力月
在園保育所等	保育所・幼稚園・小学校 電話番号：				
かかりつけ医	病院： 担当医師： 電話番号：				
保護者氏名	ふりがな	自宅電話番号			
		携帯			
保護者住所	〒 -				
緊急連絡先	① 氏名 (続柄)			電話番号	
	② 氏名 (続柄)			電話番号	
家族構成	氏名	生年月日	続柄	勤務先	電話番号
予防接種	BCG	受けていない・受けた	四種混合	受けていない・受けた (1・2・3・Ⅱ期)	ロヒブ (回)
	水痘	受けていない・受けた (1・2)	五種混合	受けていない・受けた (1・2・3・追加)	ロヒブ (回)
	肺炎球菌	受けていない・受けた (1・2・3・追加)	日本脳炎	受けていない・受けた (1・2・追加・Ⅱ期)	
	B型肝炎	受けていない・受けた (1・2・3)	おたふくかぜ	受けていない・受けた (1・2)	
	ロタ	受けていない・受けた (1・2・3)			
	その他				
<p>これまでかかった主な感染症と病気 ～かかった病気に○をつけてください～</p> <p>1, 熱性けいれん (最終痙攣発作：) 2, おたふくかぜ 3, 新型コロナウイルス感染症 4, 百日咳</p> <p>5, 風疹 6, 突発性発疹 7, 手足口病 8, 麻疹 (はしか) 9, 水痘</p> <p>10, 気管支喘息 (最終発作：)</p>					
<p>アレルギー体質 有・無 具体的に ()</p> <p>例：茶碗蒸しで口の周りが赤くなったことがあり卵アレルギーだった、等</p>					
<p>通院中の病気や定期的に通っている施設などがありますか (例：言葉の発達で〇〇病院へ通っている、等)</p>					
<p>その他お子様についてご心配なことがあれば具体的にお書きください。</p>					
LINE ID					

