

病児・病後児保育利用者登録書

新規

再登録

市・町

ふりがな 児童氏名	愛称（ ）		男 ・ 女	通園（学） している 学校名等	小学校 幼稚園 保育園（所）	
生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）					
住所	電話					
家族状況	氏 名	続柄	勤務先等		電話	備考
緊急連絡先1		電話				
緊急連絡先2		電話				
生育歴	妊娠中の異常 なし・あり（ ） 出生時体重（ g）、身長（ cm） 子どもさんの平熱（ ℃）前後 栄養法 母乳・人工・混合 離乳食摂取期間（ か月から か月）					
食事状況	普通食 離乳食（前期・中期・後期） ミルク アレルギー等で制限をしている食品 なし・あり ※ある場合は記入してください（ ） その他（ ）					
予防接種	BCG	未	済			
	三種混合	未	第1期初回（1回・2回・3回）		第1期追加	
	四種混合	未	第1期初回（1回・2回・3回）		第1期追加	
	五種混合	未	第1期初回（1回・2回・3回）		第1期追加	
	ポリオ	未	生ワクチン（1回・2回）		不活化ワクチン（ ）回済	
	MR混合	未	第1期・第2期	麻しん（はしか）	未	第1期・第2期
				風しん	未	第1期・第2期
	日本脳炎	未	第1期初回（1回・2回）		第1期追加	
	ヒブワクチン	未	1回・2回・3回・追加			
	小児用肺炎球菌	未	1回・2回・3回・追加			
	B型肝炎	未	1回・2回・3回			
	みずぼうそう	未	済	おたふくかぜ	未	済
	ロタウイルス	未	済			
	その他	（ ）				
既往歴	突発性発疹 麻疹（はしか） 水痘（水ぼうそう） 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染症紅斑（りんご病） 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他（ ）					
	今までにかかった病気で注意すべきものについて記入して下さい。 （例：熱性けいれん、喘息、心臓病等）必要ならば対処方法についても記入してください。					
	薬品についての、アレルギー反応を起こすなど注意が必要なものがある場合に記入してください。					

