

## 病児・病後児保育事業 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	年 月 日 ( 歳 か月)		
	自宅住所						
	自宅電話番号		通園・通学先				
	かかりつけ医		医療機関名： 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	5種混合		<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
	4種混合		<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
	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
	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
	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 又は はしか(麻疹) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	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			
インフルエンザ		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
健康 状態	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 <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 か月 <input type="checkbox"/> 入院				
			( ) 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院				
			( ) 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院				
			<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(初回 歳、最後 歳)				
	出産時の異常		<input type="checkbox"/> あり ( )				
アレルギー		<input type="checkbox"/> あり ( )					
		症状 ( )					
		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、具体的にお書きください。						
その他	体質(薬物アレルギー等)や発育・発達に関する事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。						