

病後児保育事業利用事前登録書

年度	年度	年度	年度	年度
/	/	/	/	/

フリガナ 氏名(児)			在園名 (在校名)		
生年月日	年 月 日 ()歳				
住所				自宅 電話番号	
緊急 連絡 先	① 氏名	関係()	携帯:		
	勤務先:		勤務先☎:		
	② 氏名	関係()	携帯:		
	勤務先:		勤務先☎:		
	③ 氏名	関係()	携帯:		
	勤務先:		勤務先☎:		
かかりつけ医療機関				☎:	
アレルギー	無・有 (アレルギー:)		エピペンの処方: 無・有 ()		
けいれん	無・有 (最終発作日:)		けいれん止めの処方: 無・有 [()]		
喘息	無・有 (処方薬: 無・有 ())				
入院歴	無・有 (年齢、疾患名:)				
その他	〔 () 〕				
既往歴(これまでにかった病気のすべてにレ点をつけてください。)					
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> その他()					
予防接種(これまでに受けたものすべてにレ点、接種回数を○で囲んでください。)					
<input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> MR [麻しん・風しん] (1期・2期) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> 水痘 [水ぼうそう] (1・2) <input type="checkbox"/> ロタウィルス (1・2・3) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 [おたふく] (1・2) <input type="checkbox"/> 4種混合 (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・追・2期) <input type="checkbox"/> 3種混合 (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ポリオ (1・2・3・追)					

*内容に変化があった場合は、速やかに

その旨をお伝えください。

(感染症既往、予防接種、連絡先など)

*提出から1年毎に内容確認し、必要時は

令和 年 月 日

保護者氏名
(フルネーム)