

忠岡町病児保育事業利用登録票

申請者 住所

 氏名

 （続柄：_____）

| | | | |
|-----|-------|----|-------|
| 保護者 | 保護者氏名 | 続柄 | 緊急連絡先 |
| | | | 連絡先 |
| | 携帯番号 | | 電話 |
| | | | 連絡先 |
| | | | 電話 |
| | 携帯番号 | | 電話 |

| | | | |
|---|--|---|-------------------|
| 登録児童 | 児童氏名 <small>（ふりがな）</small> | 性別 | 生年月日 |
| | | 男・女 | 年 月 日生 （ 歳 ヶ月） |
| | 住所（〒 - ） | | |
| | 通園施設等 1 2 | | |
| | かかりつけ医師 医療機関名 電話 担当医師氏名 | | |
| | 既往症（今までかかった病気に番号と【 】の内容に○をつけてください。） | | |
| | 1 突発性発しん | 12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】 | |
| | 2 麻しん（はしか） | 13 アトピー性皮膚炎 | |
| | 3 水痘（水ぼうそう） | 14 川崎病【心臓合併症はあり・なし】 | |
| | 4 風しん（三日ばしか） | 15 熱性けいれん 【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】 | |
| | 5 咽頭結膜熱（プール熱） | 16 てんかん | |
| | 6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | 17 食物アレルギー 【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他（ ）】 | |
| | 7 百日咳 | 18 その他 【具体的に： _____】 | |
| | 8 ヘルペス口内炎 | | |
| | 9 RSウイルス細気管支炎 | | |
| | 10 ロタウイルス性腸炎 | | |
| | 11 B型肝炎（キャリアを含む） | | |
| | 予防接種（これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください。） | | |
| 1 ロタウイルス | 8 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 | | |
| 2 B型肝炎 | 9 BCG | | |
| 3 ヒブワクチン | 10 麻しん・風しん混合 | | |
| 4 肺炎球菌 | 11 水痘（水ぼうそう） | | |
| 5 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 | 12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） | | |
| 6 ポリオ（生ワクチン）【1回目・2回目】 | 13 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】 | | |
| 7 ポリオ（不活化ワクチン）【1回目・2回目・3回目・追加】 | 14 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】 | | |
| 入院の経験（入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください。） | | | |
| 1 ない | | | |
| 2 ある【 歳 ヶ月、病名 _____ 】 | | | |
| 常時内服している薬（常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。） | | | |
| 1 ない 2 ある 【具体的に： _____】 | | | |
| その他（薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください。） | | | |