

令和5年度 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	
事業の利用状況		病児・病後児保育事業の利用は、 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 利用したことがある			
予防接種 (ワクチン)	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			
	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			
	百日咳、ジフテリア、 破傷風、ポリオ	四種混合DPT-IPV	<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		
		又は 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		
		不活性ポリオ 生ポリオ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目		
	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) 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。				