令和7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、□初めて　□利用したことがある				
健康状態	これまでにかかった感染症	□突発性発疹　□はしか（麻疹）　□水痘（水ぼうそう）　□風疹 □おたふくかぜ　□百日咳　□その他（　）				
	これまでにかかった病気	（　）　歳　か月　□入院				
		（　）　歳　か月　□入院				
		□熱性けいれん（初回　歳、最後　歳） 予防薬　□あり（　）　□なし				
	基礎疾患	□あり　病名など詳細を教えて下さい				
	アレルギー	□あり　□なし				
		該当するアレルギー □卵　□乳製品　□小麦　□ピーナッツ　□そば　□えび □その他　（　）				
		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・発達に関すること、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。					