

わたぼうし病児保育室

登録票

令和 年 月 日記入

申請者名

登録 児 童	(ふりがな) 児童氏名		性別	生年月日	該当に○印
	()		男	平成 令和 . .	未就園・未満児・年少・年中・年長
	自宅住所(〒 -)		女	(歳 ヶ月)	小学(1・2・3・4・5・6)年生・他()
	自宅電話番号: - -				
	通園登校施設名	()保育園・幼稚園・小学校	電話:	- -	
かかりつけ医	()	医院・病院	()	先生	
保護者	保護者氏名		続柄	勤務先(職種)	
	携帯TEL: - -			()	
	携帯TEL: - -			()	
予防接種	これまでに受けた予防接種にレと《 》内の回数に○をつけてください				
	<input type="checkbox"/> 三種混合《I期1回 2回 3回 追加》 <input type="checkbox"/> 四種混合《I期1回 2回 3回 追加》 <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合《I期 II期》 <input type="checkbox"/> 日本脳炎《I期1回 2回 追加 II期》 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 生ポリオ《1回 2回》 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ《1回 2回 3回 4回》 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう《1回 2回》 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ《1回 2回》 <input type="checkbox"/> プレベナー(小児用肺炎球菌ワクチン)			
既往歴	これまでにかかった病気にレと《 》内の内容にコメント及び○をつけてください				
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん《これまで 回・最後は 年 月 日・坐薬(ダイアップ)指示 有・無》 <input type="checkbox"/> 喘息or喘息性気管支炎《継続治療中・悪化時治療》 <input type="checkbox"/> その他《 》				
入院	入院経験がある場合、具体的にお書きください				
	《病名: 歳 ヶ月》 《病名: 歳 ヶ月》				
薬	常時服用している薬がある場合、具体的にお書きください				
その他	食事制限(食物アレルギー)がある場合、具体的にお書きください				
	体質(薬物アレルギー等)や、心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください				