

病児・病後児保育事業利用登録申請書兼台帳

年 月 日

申請者氏名 _____ 印

児 童	ふりがな 氏 名	男 女	愛称		年 月 日生 (歳 カ月)
	住 所				
	通園施設	() 保育園(所)・幼稚園・小学校			
	かかりつけ医				
保 護 者	氏 名	(勤務先)		携帯番号	
	氏 名	(勤務先)		携帯番号	
緊急連絡先		(続柄)		電話番号	
		(続柄)		電話番号	
予 防 接 種	※これまでに受けたものすべてに○をつけてください。				
	1 ヒブワクチン	2 肺炎球菌ワクチン	3 BCG		
	4 三・四種混合	5 ポリオ (不活化)	6 ポリオ (生)		
	7 MRワクチン	8 B型肝炎	9 水痘 (みずぼうそう)		
	10 耳下腺炎 (おたふくかぜ)	11 インフルエンザ	12 ロタウイルス		
	13 日本脳炎	その他			
既 往 症	※これまでにかかった病気すべてに○をつけてください。				
	1 突発性発疹	2 麻疹 (はしか)	3 水痘 (みずぼうそう)		
	4 風疹 (三日ばしか)	5 咽頭結膜炎プール熱	6 流行性耳下腺炎		
	7 ヘルパンギーナ	8 百日咳	9 手足口病		
	10 感染性紅はりんご病	11 熱性けいれん	12 川崎病		
	13 異型肺炎	14 結核	15 喘息		
	16 溶連菌感染症	17 アトピー性皮膚炎	18 食物アレルギー		
19 その他					
アレルギー体質の有無		なし ・ あり (詳細)			
注意してほしい点					
備 考					