

病児保育室利用登録票

写真（可・不可）

登録番号（ ） 利用契約期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

お子さまの 名前	ふりがな	男	生年月日			年	月	日
		女	愛称		歳 か月			
在園 保育所等	保育所・幼稚園・学校							
かかりつけ医	病院		電話番号					
	担当医師							
保護者氏名	ふりがな	自宅電話番号						
		携帯						
保護者住所	〒 -							
緊急連絡先	① (続柄)			電話番号				
	② (続柄)			電話番号				
メールアドレス	@							
家 族 構 成	氏名	生年月日	続柄	勤務先・学校・園名		電話番号		
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
	ふりがな							
予 防 接 種	B C G	受けていない・受けた		水ぼうそう	受けていない・受けた（1・2）			
	ヒブ	受けていない・受けた（1・2・3 追加）		口タ	受けていない・受けた（1・2・3）			
	肺炎球菌	受けていない・受けた（1・2・3 追加）		麻疹風疹	受けていない・受けた（Ⅰ・Ⅱ）			
	B型肝炎	受けていない・受けた（1・2・3）		日本脳炎	受けていない・受けた（1・2・追加 Ⅱ期）			
	四種混合	受けていない・受けた（Ⅰ期1・2・3 Ⅰ期追加）		おたふくかぜ	受けていない・受けた（1・2）※任意			
	五種混合※	受けていない・受けた（1・2・3・追加）		※2024年4月生まれ以降の方				
これまでかかった主な感染症と病気 ～かかった病気に○をつけて下さい～								
1 熱性けいれん 無・有（ 歳） 3 水ぼうそう 5 風疹 7 百日咳 9 気管支喘息								
2 突発性発疹 4 おたふくかぜ 6 麻疹（はしか） 8 中耳炎 10 その他（ ）								
11 新型コロナウイルス感染症（罹患年月： ）								
アレルギー体質 無 ・ 有（具体的には： ） 例：茶碗蒸しで口の周りが赤くなったことがあり卵アレルギーだった、など								
通院中の病院や定期的に通っている施設などがありますか（例：中耳炎を繰り返し〇〇医院へ通院している、言葉の発達で〇〇学級に通っている、等）								
お子さまの好きな遊び等								