

病児・病後児保育 児童登録票

記入日 年 月 日

(ふりがな) 児童の氏名	(男・女)	申請者	
生年月日・年齢	年 月 日生 (歳 ヶ月)	との続柄	
通園・通学施設名	(電話 -)		
自宅住所・電話番号	〒	(電話 -)	
通院している医療機関	医療機関の名称	(電話 -)	
緊急時の 連絡先	父の勤務先 (会社名等)	電話	-)
	母の勤務先 (会社名等)	電話	-)
	その他 (氏名 児童との続柄)	電話	-)
アレルギーの 有 無	<input type="checkbox"/> 有 (症状) <input type="checkbox"/> 無		
既往歴 (かかったことのある疾患にチェックを入れて下さい)			
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 (プール熱) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感染性紅斑 (リンゴ病) <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他) その他 ()			
熱性けいれん <input type="checkbox"/> あり (初回: 歳 ヶ月) (最後: 歳 ヶ月) 医師の指示 ()			
出産時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
乳児検診での指摘 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
入院歴 病名: (歳 ヶ月)			
予防接種 (今までに受けたものに印をつけてください。)			
BCG (結核) <input type="checkbox"/> MR (麻しん・風しん混合) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ混合) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 三種混合 (百日咳・ジフテリア・破傷風混合) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 生ポリオ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア・破傷風混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ロタウイルス (1価 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5価 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他 ()			
常用している薬 (内服薬・塗り薬・吸入薬など)			
合わない薬			
好きな遊び			
特記事項 (寝る時のクセや、食べ物の好き嫌い、心配なことなどありましたらご記入ください)			