

東北町病後児保育事業 事前登録票

※太枠内を記入してください。

登録番号		受付者		受付日		記入日	
				令和 年 月 日	令和 年 月 日		
登録 児 童	(ふりがな) 氏 名		愛 称	性 別	生年月日		
	()				平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)		
	自宅住所		(〒 -)				
	自宅電話番号						
	通園施設名						
かかりつけ医		医療機関名			担当医 先生		
保 護 者	(ふりがな) 氏 名		() 続柄:		携 帯		
	勤 務 先					勤務先TEL	
こ れ ま で の 病 気	出産時の異常		<input type="checkbox"/> 有 詳細			<input type="checkbox"/> 無	
	突発性発疹		<input type="checkbox"/> 済			<input type="checkbox"/> 未	
	熱性けいれん		<input type="checkbox"/> あり これまでの回数 回			<input type="checkbox"/> 無	
			初回 歳 ヶ月、 最後 歳 ヶ月				
			医師の指示				
アレルギー		<input type="checkbox"/> あり 詳細 (牛乳・卵白・卵黄など)			<input type="checkbox"/> 無		
		症 状					
		制 限					
その他の病歴		※ ロタウイルス、ノロウイルス、RSウイルス、急性中耳炎、小児喘息など (記入例) 急性中耳炎 1歳3ヶ月 ※入院がある場合は●●●病院入院と記載					

《 裏面も記載してください 》

予防接種 (ワクチン)	予防接種状況 (該当する項目に✓をつけてください)			
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 2回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(年 月 日)
	Hib	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 2回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 追加(年 月 日)		
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 2回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 追加(年 月 日)		
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 無 1価	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 2回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(年 月 日)
		または 5価	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 2回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(年 月 日)
	百日咳 ジフテリア 破傷風 ポリオ	四種混合DPT-IPV	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)
				<input type="checkbox"/> 3回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加(年 月 日)
		または 三種混合DPT	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)
				<input type="checkbox"/> 3回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加(年 月 日)
		不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)
				<input type="checkbox"/> 3回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加(年 月 日)
		生ポリオ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)
BCG		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 済(年 月 日)	
はしか(麻疹) 風疹	MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)	
	または はしか(麻疹)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)	
	風疹	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)	
水痘		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)	
おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)	
インフルエンザ	昨年	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)	
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(薬物アレルギー等の原因となるもの)や、心配な事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。			