

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 4 年 4 月 1 日		
登録 児 童	(ふりがな) 氏名	愛称	性別	生年月日	
	(とうほく たろう) 東北 太郎	たーくん	男	平成 (令和) 1 年 5 月 1 日生 (3 歳 1 ヶ月)	
	自宅住所	(〒 039 - 2652) 東北町ほとけ沢105-1			
	自宅電話番号	0175-63-2544			
	通園施設名	●●●● 保育園			
かかりつけ医	医療機関名	●●●● 病院	担当医	●●● 先生	
保 護 者	(ふりがな) 氏名	(とうほく いちろう) 東北 一郎	続柄: 父	携 帯 090-XXXX-XXXX	
	勤 務 先	株式会社 ●●●		勤務先☎ 0175-XX-XXXX	
こ れ ま で の 病 気	出産時の異常	<input type="checkbox"/> 有 詳細	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
	突発性発疹	<input checked="" type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未		
	熱性けいれん	<input checked="" type="checkbox"/> あり	これまでの回数 1 回	<input type="checkbox"/> 無	
		初 回	1 歳 0 ヶ月、 最 後 歳 ヶ月		
		医師の指示	首・脇を冷やして様子を見る		
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> あり	詳 細 (牛乳・卵白・卵黄など) 卵、乳製品	<input type="checkbox"/> 無		
	症 状	主に顔あたりに腫れや湿疹が出る			
	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 ノロウイルス感染 1歳6ヶ月				

《 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1回(2年6月15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 checked="" type="checkbox"/> 1回(2年6月15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	<input type="checkbox"/> 1価	<input checked="" type="checkbox"/> 1回(2年6月15日)	<input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 3回(年 月 日)	
		または <input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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)
		BCG	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 済(3年9月15日)			
		はしか(麻疹) 風疹	MR(麻疹・風疹)	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)	
	水痘	または はしか(麻疹)	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回(年 月 日)	<input type="checkbox"/> 2回(年 月 日)		
		風疹	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 乾燥を防ぐ塗り薬						
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。 アルコール液にたまに反応し、皮膚が少し赤くなる時がある						