

病児保育利用登録票

記入日： 年 月 日			
【園児名】 ふりがな	【利用保育園名】	【性別】 男 ・ 女	【生年月日】 年 月 日生 (歳 ヶ月)
【自宅住所】 (〒 -)			
【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)	携帯番号	
	ふりがな氏名 (続柄)	勤務先番号	
	ふりがな氏名 (続柄)	携帯番号	
	ふりがな氏名 (続柄)	勤務先番号	
予防接種 (ワクチン)	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"/> 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	四種混合DPT-I PV <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)	
	ジフテリア	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)	
	破傷風	<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)	
	ポリオ	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)	
	はしか風疹	MR (麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期 (年 月 日) または はしか (麻疹) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期 (年 月 日) 風疹 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期 (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	<input type="checkbox"/> 昨年 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月 日)		
健康状況	出生時の異常	<input type="checkbox"/> あり 詳細	
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済	
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり これまでの回数 回 初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月 医師の指示	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 原因物質 () 検査 済・未 <input type="checkbox"/> 除去食の必要 あり・なし (内容:) <input type="checkbox"/> アナフィラキシーショック あり・なし	
	アトピー	アトピー ・喘息 ・花粉 ・(その他)	
	これまでの病気	病名① 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 入院 病名② 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 入院 病名③ 歳 ヶ月 <input type="checkbox"/> 入院	
薬	服用 常用している薬 (内服薬・塗り薬・吸入薬など具体的に)		