

令和6年度 病児・病後児保育事業 事前登録票

| | | | | | | |
|----------------|--|--|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| 登録児童 | フリガナ | | 愛称 | 性別 | 生年月日 | |
| | 児童氏名 | | | 男・女 | 年 | 月 日 |
| | 自宅住所 | | | | | |
| | 自宅電話番号 | | 通園・通学先 | | | |
| | かかりつけ医 | 医療機関名： | | 担当医： | | |
| 保護者 | 父 | 氏名 | | 携帯電話番号 | | |
| | | 勤務先 | | 勤務先電話番号 | | |
| | 母 | 氏名 | | 携帯電話番号 | | |
| | | 勤務先 | | 勤務先電話番号 | | |
| 事業の利用状況 | | 病児・病後児保育事業の利用は、 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 利用したことがある | | | | |
| 予防接種 (ワクチン) | Hib | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 | | | | |
| | 小児用肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 | | | | |
| | 百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ | 四種混合DPT-IPV | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 |
| | | 又は 三種混合DPT | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 |
| | | 不活性ポリオ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 |
| | | 生ポリオ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | |
| | BCG | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済 | | | | |
| | はしか(麻疹)、風疹 | MR(麻疹・風疹) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | |
| | | 又は はしか(麻疹)風疹 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | |
| | 水痘 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 | | | | |
| | 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 | | | | |
| | B型肝炎 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | | | | |
| ロタウイルス | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 | | | | | |
| おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 | | | | | |
| インフルエンザ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 | | | | | |
| 健康状態 | これまでにかかった感染症 | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか(麻疹) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| | これまでにかかった病気 | () 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院 | | | | |
| | | () 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院 | | | | |
| | | () 歳 か月 <input type="checkbox"/> 入院 | | | | |
| | 出産時の異常 | <input type="checkbox"/> あり () | | | | |
| | アレルギー | <input type="checkbox"/> あり () | | | | |
| 症状 | | () | | | | |
| 制限 | | () | | | | |
| 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)や発育・発達に関する事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。 | | | | | |