

病児保育事業登録票

| | | | | | | | |
|-----------------------|----------|----------|-------|-------|--|-------|--|
| 園(学校)名 | | 承諾 番号 | | 受付年月日 | | 登録番号 | |
| フリガナ | | | | 生年月日 | | 年 齢 | |
| 児童(生徒)名 | 男・女 | | | | | | |
| 住 所 | 〒 TEL | | | | | | |
| 家 族 の 状 況 | 氏 名 | 年齢 | 連 絡 先 | | | 既 往 歴 | |
| | 父 | フリガナ | | TEL | | | |
| | 母 | フリガナ | | TEL | | | |
| | | フリガナ | | | | | |
| | | フリガナ | | | | | |
| | | フリガナ | | | | | |
| | | フリガナ | | | | | |

緊 急 連 絡 先

| | | | | |
|---|------|--------|---------------|---------|
| | 氏 名 | 児童との続柄 | 住 所 ・ 電 話 番 号 | 勤 務 先 等 |
| 1 | フリガナ | | TEL | |
| 2 | フリガナ | | TEL | |

予 防 接 種 歴 ・ 既 往 歴

| | | | | | | |
|---|-------|---|-----|-----|--------|----|
| 1 | 予防接種歴 | 接種している予防接種に○をつけてください。 | | | | |
| | | 予防接種の種類 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 追加 |
| | | ヒブワクチン | | | | |
| | | 肺炎球菌ワクチン | | | | |
| | | 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ） | | | | |
| | | BCG | | | | |
| | | MRワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン） | | | | |
| | | 水痘（水ぼうそう） | | | | |
| | | おたふくかぜ | | | | |
| | | ロタウイルス | | | | |
| | | ポリオ（生ワクチン・不活化ワクチン） | | | | |
| | | DPTワクチン | | | | |
| | | B型肝炎 | | | | |
| | | 日本脳炎 | | | | |
| 2 | 既往歴 | 生まれてから今までに、特別な病気（先天性異常・心臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。 | | | はい・いいえ | |
| | | 病名（ ） | | | | |
| 3 | その他 | お子さんのことで、特に気をつけてほしいことがありますか。 | | | はい・いいえ | |
| | | 内容（ ） | | | | |