

病児・病後児保育利用登録票

記入日 年 月 日

習志野市長 宛て

保護者氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録します。

ふりがな 児童氏名		(男・女)	年	月	日生(歳)
住 所				TEL	()	
所 属		()		保育所 ・ 幼稚園 ・ こども園 ・ 小学校		
入所年齢 (歳	か	月)		
かかりつけの医療機関名						
保護者氏名 緊急連絡先	続柄	勤務先名称()TEL		
		住所				
保護者氏名 緊急連絡先	続柄	勤務先名称()TEL		
		住所				

●今までに受けた予防接種

予防接種名	接種日	予防接種名	接種日
ヒブ感染症	年 月 日	ジフテリア、百日咳、 破傷風、ポリオ (DPT-IPV)	年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日
小児肺炎球菌感染症	年 月 日	日本脳炎	年 月 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日	その他()	年 月 日
結核 (BCG)	年 月 日	()	年 月 日
麻しん、風しん混合 (MR)	年 月 日	()	年 月 日
水ぼうそう	年 月 日	()	年 月 日
	年 月 日	()	年 月 日

●今までにかかった病気

- 心臓病 腎臓病 川崎病 ぜんそく 水痘 百日咳 はしか 風疹
流行性耳下腺炎 その他 ()

●これまでに入院経験はありますか。

いいえ はい (病名) その時の年齢 歳 か月)

●生まれつきの体質や病気等がありますか。

いいえ はい (病名)

●熱性けいれん

- なし
あり (これまでに起こした回数: 回、最後: 年 月 日)

●食物アレルギー

- なし
あり (内容:) 食事制限 なし あり ()

登録受付: 年 月 日 受付番号 カルテ番号