

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		続柄	勤務先名称()TEL	
緊急連絡先(TEL)		住所				
保護者氏名		続柄	勤務先名称()TEL	
緊急連絡先(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	結核 (BCG)	年 月 日			
B型肝炎	年 月 日	麻しん、風しん混合 (MR)	年 月 日			
	年 月 日		年 月 日			
水ぼうそう	年 月 日	その他()	年 月 日			
	年 月 日	()	年 月 日			
	年 月 日	()	年 月 日			
●今までにかかった病気						
<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> その他 ()						
●これまでに入院経験はありますか。						
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		(病名		その時の年齢 歳 月 日)		
●生まれつきの体質や病気等がありますか。						
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		(病名)				
●熱性けいれん						
<input type="checkbox"/> なし						
<input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> なし						
<input type="checkbox"/> あり		(内容:) 食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

登録受付: 年 月 日 受付番号 カルテ番号