

病児保育 ままのて事前登録票

登録番号		受付者		受付日		記入日：		年		月		日		
				月		日								
登録児童	氏 名(ふりがな)				愛 称		性 別		生年月日					
	()						男・女		(年 月 日生 歳 か月)					
	自宅住所		(〒 -)											
	自宅電話番号						通園・通学施設名							
	かかりつけ医		医療機関名：				担当医：				先生			
保護者緊急連絡先	氏 名(ふりがな)		()				携帯電話番号							
	勤務先						勤務先電話番号							
	e-mail													
	氏 名(ふりがな)		()				携帯電話番号							
	勤務先						勤務先電話番号							
	e-mail													
予防接種(ワクチン)	B型肝炎		☐ 1回		☐ 2回		☐ 3回							
	Hib		☐ 1回		☐ 2回		☐ 3回		☐ 追加					
	小児用肺炎球菌		☐ 1回		☐ 2回		☐ 3回		☐ 追加					
	ロタウイルス		1価 ☐ 1回		☐ 2回									
			または 5価 ☐ 1回		☐ 2回		☐ 3回							
	百日咳、ジフテリア、 破傷風、ポリオ		四種混合 DPT-IPV		☐ 1回		☐ 2回		☐ 3回		☐ 追加			
			または三種混合 DPT		☐ 1回		☐ 2回		☐ 3回		☐ 追加			
			ポリオ		☐ 1回		☐ 2回		☐ 3回		☐ 追加			
	BCG		☐ 済											
	はしか(麻疹)、風疹		MR(麻疹・風疹)		☐ 1期		☐ 2期							
水 痘		☐ 1回		☐ 2回										
おたふくかぜ		☐ 1回		☐ 2回										
インフルエンザ		☐ 1回		☐ 2回		(最終接種日		年		月		日)		
これまでの病気	熱性けいれん		☐ あり		これまでの回数				回					
			初 回		歳		か月		最 後		歳		か月	
			医師の指示											
	アレルギー		☐ あり		詳細									
			病 状											
			制 限											
	先天性疾患		☐ あり		詳細				水 痘		☐ あり			
	発達障害		☐ あり		詳細				おたふく		☐ あり			
	病 名 ①						歳		か月		☐ 入 院			
病 名 ②						歳		か月		☐ 入 院				
薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)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、心配な事、配慮してほしい事について具体的にお書きください。													