

向日市病後児及び病児保育事業登録票

ふりがな 児童氏名		男・女	愛称
生年月日	20 年 月 日生		
自宅住所	〒 -		自宅電話番号 - -
保護者の氏名	父	勤務先	名称
	携帯電話 ()		電話番号
	母	勤務先	名称
	携帯電話 ()		電話番号
上記以外の緊急連絡先		氏名	電話番号
かかりつけ医院			
保育所等の名称			

生育歴：出生	週	g	出生時の異常：ない ある
予防接種	BCG	受けた	受けていない
	4種または5種混合	受けた (1回・2回・3回・追加)	受けていない
	Hib感染症	受けた (1回・2回・3回・追加)	受けていない
	小児肺炎球菌	受けた (1回・2回・3回)	受けていない
	B型肝炎	受けた	受けていない
	麻しん・風しん	受けた (1期・2期)	受けていない
	おたふくかぜ	受けた (1回・2回)	受けていない
	水ぼうそう	受けた (1回・2回)	受けていない
	日本脳炎	受けた (1期1回・2回・追加・2期)	受けていない
これまでにかった主な感染症や病気に○印を付けてください	1. 突発性発疹 2. はしか(麻しん) 3. 風しん 4. 水ぼうそう(水痘) 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん(回)(最後は 年 月 日)(けいれん予防薬指示 有 無) 8. 喘息および喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他()		
入院の有無	1. 無 2. 有の場合は下記にお書きください 病名() 歳 か月 病名() 歳 か月 病名() 歳 か月		
常時服用薬	1. 無 2. 有(具体的に)		
食事制限	1. 無 2. 有(具体的に)		
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください		

※この登録票は、看護・保育の参考にさせていただきます。第3者に知られることはありませんので、事実を記入してください。