

こもれび病児保育室登録票

記入日 年 月 日

登録番号

登録する児童について

※緊急連絡先： ☎

| | | | | | | | |
|--|-------------|------|-----|----------|---|---|---------|
| ふりがな 氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | H・R | 年 | 月 | 日 | (歳 ヶ月) |
| 自宅住所 | | | | 自宅 ☎ - - | | | |
| 通園・通学先 () 保育所(園) ・ 幼稚園 ・ 認定こども園 ・ 小学校 | | | | | | | |
| かかりつけ医療機関 | | | | ☎ - - | | | |

保護者の連絡先

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------------|--|
| ① 氏名 | 続柄 | 勤務先() ☎ - - | |
| | | 携帯電話 - - | |
| ② 氏名 | 続柄 | 勤務先() ☎ - - | |
| | | 携帯電話 - - | |
| 利用料区分 該当に○を付けてください | 阿波市在住 ・ 阿波市外在住 ・ 生活保護世帯 | | |

予防接種(接種状況に応じて○を付けてください。)

| | |
|-----------------|--|
| B.C.G | 未 / 済 |
| ポリオ(生ワクチン) | 未 / 1回 / 2回 |
| ポリオ(単独・不活化ワクチン) | 未 / 1回 / 2回 / 3回 / 追加 |
| 二種混合 | 未 / 1回 |
| 三種混合 | 未 / 1回 / 2回 / 3回 / 追加 |
| 四種混合 | 未 / 1回 / 2回 / 3回 / 追加 |
| 麻しん風しん混合(MR) | 未 / 第1期 / 第2期 |
| ・麻しん単抗原 | 未 / 第1期 / 第2期 |
| ・風しん単抗原 | 未 / 第1期 / 第2期 |
| 日本脳炎 | 未 / 第1期 1回 ・ 2回 / 第1期追加 / 第2期 |
| Hib(ヒブ)感染症 | 未 / 1回 / 2回 / 3回 / 追加 |
| 肺炎球菌感染症 | 未 / 1回 / 2回 / 3回 / 追加 |
| 水痘(水ぼうそう) | 未 / 1回 / 2回 |
| おたふくかぜ | 未 / 1回 / 2回 |
| B型肝炎 | 未 / 1回 / 2回 / 3回 |
| ロタウイルス | 未 / ロタリクス 1回 ・ 2回 / ロタテック 1回 ・ 2回 ・ 3回 |
| インフルエンザ(今年度接種分) | 未 / 1回 / 2回 |

既往症(これまでにかかったことのある病気に○を付けてください。)

突発性発疹 麻疹(はしか) 風疹 水痘 おたふくかぜ(流行性耳下腺炎) 百日咳 川崎病
熱性けいれん (初回: 歳 ヶ月) (最後: 歳 ヶ月) (座薬の指示: 有 °C以上 ・ 無)
喘息・喘息様気管支炎 … (現在治療中 ・ 悪化時のみ治療) (吸入経験 有 ・ 無)
※その他: 上記以外の病名・発症時の年齢、入院歴などがあれば、お書きください。

食べ物や薬に関するアレルギーがあれば、具体的にお書きください。 ・なし

常時内服している薬があれば、具体的にお書きください。 ・なし

好きな遊び、おもちゃ、入眠の仕方、落ち着く物(タオル・おしゃぶりなど)があれば、お書きください。

その他伝えておきたいこと(発育・発語状況など)がありましたら、お書きください。

☆書類の取扱いについては、個人情報保護法に基づき、本来の利用目的の範囲を超えて、使用いたしません。
但し、診療の為に利用するほか、他の医療機関との連携の為に個人情報を使用することがあります。

病児保育室を利用を希望します。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

令和 年 月 日

保護者名