

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	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。

--

常時内服している薬があれば、具体的にお書きください。

--

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。

平成 年 月 日

保護者名
