

# 病児保育登録書

登録番号

年 月 日記入

申請者名

登 録 児 童	児童氏名		愛称	性別	生年月日
	(ふりがな)			男 女	. . ( 歳 ヶ月)
	自宅住所	(〒 - )			
	電話番号				
	現在通っている園・学校				

保 護 者	父	氏名		連絡先(携帯電話等)
		勤務先		勤務先電話
	母	氏名		連絡先(携帯電話等)
		勤務先		勤務先電話

## 緊急連絡先

優先順位	氏名	電話番号	児童との関係
①		携帯電話 自宅 その他( )	
②		携帯電話 自宅 その他( )	
③		携帯電話 自宅 その他( )	

# 児童票（児童の健康状態等について）

該当するものにチェック、○印をお願いします。

児童	氏名	出生時体重 <span style="float:right">g</span> 出産の状態 正常分娩 それ以外（ ）		
	かかりつけ医療機関 無・有（ ）			
予防接種	BCG	未・済	小児肺炎球菌	未・1・2・3・追加
	四種混合	未・1・2・3・追加	MR	未・1期・2期
	ヒブ	未・1・2・3・追加	日本脳炎	未・1・2・追加
	水ぼうそう	未・1・2	B型肝炎	未・1・2・3
	ロタウイルス	未・1・2・3		
	おたふくかぜ	未・1・2・3・追加	インフルエンザ	未・直近 年 月 日
病歴	麻疹	有・無	風疹	有・無
	水ぼうそう	有・無	突発性発疹	有・無
	おたふくかぜ	有・無	百日咳	有・無
	RSウイルス	有・無	その他（ ）	
	熱性けいれん（ひきつけ）		無・座薬等使用（有・無） 最後 年 月 これまでに 回	
治療中等	アトピー性皮膚炎	無・治療している（内服薬・軟膏・食事制限） 治療していない		
	喘息	無・定期的に薬を使用している・発作時に薬を使用している 治療していない		
	その他の病気	病名	入院：なし・あり	歳 ヶ月
		病名	入院：なし・あり	歳 ヶ月
常用薬	無・有（薬品名 ） □内服（嫌がらずに飲める・飲むのが大変） □外用 □座薬 （薬の具体的な飲ませ方： ）			
薬物・食品アレルギー	無・有 (1) 薬アレルギー：無・有 薬品名： 症状： (2) 食品アレルギー：無・有 食品名： 症状：			
その他	体質や病気のことなどで心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。			