

令和 年度 病後児保育登録書

				記入日	令和 年 月 日	
ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	愛称	生年月日	年 月 日	
			平熱		℃	(歳 か月)
住 所					電話 - -	
通園・通学 施設名					電話 - -	
かかりつけ医	医療機関名 担当医			電話	- -	
保護者	ふりがな 氏名 (父)	携帯電話	- -	勤務先	電話 - -	
	ふりがな 氏名 (母)	携帯電話	- -	勤務先	電話 - -	
緊急時 連絡者	第1連絡者 氏名			児童との続柄	電話 - -	
	第2連絡者 氏名			児童との続柄	電話 - -	
	第3連絡者 氏名			児童との続柄	電話 - -	
※下記の該当する□にチェック☑をお願いします。						
予防接種 (ワクチン)	BCG	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済				
	四種混合	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1期1回	<input type="checkbox"/> 1期2回	<input type="checkbox"/> 1期3回 <input type="checkbox"/> 1期追加 / <input type="checkbox"/> 2期	
	麻しん・風しん混合	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1期1回	<input type="checkbox"/> 1期2回	<input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期	
	Hib	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加 (接種開始年齢 歳 か月)	
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加 (接種開始年齢 歳 か月)	
	水痘	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 追加		
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回		
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1価1回	<input type="checkbox"/> 1価2回 /	<input type="checkbox"/> 5価1回 <input type="checkbox"/> 5価2回 <input type="checkbox"/> 5価3回	
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 1回			
その他	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (今季 回) <input type="checkbox"/> 新型コロナ (回) <input type="checkbox"/> その他 ()					
これまでの 病気	<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> ノロウイルス <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> コロナウイルス <input type="checkbox"/> その他()					
	入院歴	歳 か月	病名	通院中	病名	
		歳 か月	病名		病名	
		歳 か月	病名		病名	
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり	詳細			
		症状				
		制限				
常用薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的に記入して下さい。					
その他	体質(薬物アレルギー等)や、心配なこと、配慮してほしいことについて記入して下さい。					
	※おひさまだより等にお子様の写真を載せさせていただくことがありますが、よろしいですか? <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 控えたい					