

年 月 日

病児保育登録票（兼児童票）

登録 No.

あおぞら保育園 病児保育室の利用にあたり、次のとおり登録します。

ふりがな			生年月日	年 月 日	
児童氏名			性別： 男・女	年齢： 歳 か月	
自宅住所					
電話番号					
保育所（こども園・幼稚園・小学校）名					
かかりつけの医療機関			かかりつけ医の電話番号		
保護者氏名		続柄 ( )	勤務先名		
			勤務先電話		
			携帯電話		
		続柄 ( )	勤務先名		
			勤務先電話		
			携帯電話		
		続柄 ( )	勤務先名		
			勤務先電話		
			携帯電話		
既往歴 [ □にチェックを入れてください ]	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 先天性疾患 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 治療中の慢性疾患（詳細に：                      ) <input type="checkbox"/> その他（                      )				
	アレルギーの有無	有（詳細に                      ) ・ 無			
	アナフィラキシーショックの有無	有                      ・ 無			
	予防接種 [ □にチェックを入れ、回数に○をつけてください ]	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合（1・2・3・追加） <input type="checkbox"/> MR（麻疹・風疹）（1・2） <input type="checkbox"/> 日本脳炎（1・2・追加・2期） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1・2・3） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> ヒブ（Hib）（1・2・3・追加） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（1・2・3・追加） <input type="checkbox"/> ロタウイルス			
		注意してほしい点			