

保護者記入

横浜市病児・病後児保育事業利用登録票

病児・病後児保育事業実施機関名

申請者名

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先	
	携帯電話	-	-	連絡先	
	携帯アドレス			電 話	()
	携帯電話	-	-	連絡先	
	携帯アドレス			電 話	()

登 録 児 童	児童氏名		性別	生年月日					
	(ふりがな)			年 月 日生 (歳 か月)					
	住所 (〒 -)		電 話 ()						
	通園施設等 (区)				<table border="1"> <tr> <td>1 認可保育所</td> </tr> <tr> <td>2 横浜保育室</td> </tr> <tr> <td>3 その他</td> </tr> </table>		1 認可保育所	2 横浜保育室	3 その他
	1 認可保育所								
	2 横浜保育室								
	3 その他								
	1 保育所に通園している → 施設名 →		電話 ()						
	2 通園していない								
	かかりつけの医師								
	医療機関名		電 話 ()		担当医師名				
	既往歴 (今までにかかった病気に番号と【 】の内容に○をつけてください) ※母子手帳を確認し、記入をお願いします。								
	1 突発性発疹		12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】						
	2 麻疹 (はしか)		13 アトピー性皮膚炎						
	3 水痘 (水ぼうそう)		14 川崎病【心臓合併症はあり・なし】						
4 風しん (三日ばしか)		15 熱性けいれん							
5 咽頭結膜熱 (プール熱)		【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】							
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		【座薬の指示はある・なし】							
7 百日咳		16 てんかん							
8 ヘルパンギーナ		17 食物アレルギー							
9 肺炎		【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】							
10 とびひ		18 その他							
11 B型肝炎(キャリアーを含む)		【具体的に: 】							
予防接種 (これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください)									
1 Hib【1回目・2回目・3回目・追加】		8 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】							
2 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】		9 水痘(水ぼうそう)【1回目・2回目】							
3 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		10 ロタウイルス							
4 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		11 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】							
5 ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】		12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)							
※生ポリオの場合は2回目まで		13 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】							
6 BCG		14 その他【 】							
7 MR (麻疹風しん)【1回目・2回目】									
入院の経験 (入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)									
1 ない									
2 ある		【 歳 か月、病名 】							
		【 歳 か月、病名 】							
常時内服している薬 (常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください)									
1 ない 2 ある【具体的に: 】									
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください)									