

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		
				連絡先		
	携帯電話	- -		電話	()	
	携帯アドレス			連絡先		
	携帯電話	- -		電話	()	
	携帯アドレス			連絡先		

登 録 児 童	児童氏名		性別	生年月日		
	(ふりがな)			平成 年 月 日生	(歳 か月)	
	住所 (〒 -) 電話 ()		横浜市 区			
	通園施設等		(区)		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 → 2 通園していない 電話 ()					
	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 麻しん (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 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		7 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)			
2 ポリオ【1回目・2回目】		8 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】				
3 BCG		9 Hibワクチン				
4 MR(はしか・風しん)		10 肺炎球菌				
5 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】		11 その他【 】				
6 水痘(水ぼうそう)						
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)						