

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 横浜 太郎

保 護 者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先(勤務先の住所等)	
	横浜 太郎		連絡先	株式会社〇〇 営業一課
	携帯電話 090 - 0000 -0000		電 話	××× (×××) ××××
	携帯アドレス xxxxxxx111@xxx.xx.xx			
	横浜 華子		連絡先	株式会社△△ 総務課
	携帯電話 090 - 0000 -0000		電 話	*** (***) ****
	携帯アドレス xxxxxxx222@xxx.xx.xx			

登 録 児 童	児童氏名	性別	生年月日		
	(ふりがな) よこはま みらい 横浜 みらい		令和○年○月△日生 (歳 6か月)		
	住所(〒231-0017) 電話 045 (671) 2121 横浜市中区本町6-50-10				
	通園施設等 (△△区)	① 認可保育所 ② 横浜保育室 ③ その他			
	① 幼稚園・保育園・小学校等に通ってる 2 通園等はない	施設名 〇〇保育園 電話 045 (000) 0000			
	かかりつけの医師 医療機関名 〇〇小児科 電話 045 (123) 4567	担当医師名 △△先生			
	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	10 熱性けいれん			
	2 麻疹(はしか)	【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】			
	3 水痘(水ぼうそう)	【座薬の指示は ない・ある】			
	4 風しん(三日ばしか)	11 てんかん			
	5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	12 食物アレルギー等(検査最終日 年 月 日)			
	6 B型肝炎(キャリアーを含む)	【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】			
	7 喘息・喘息様気管支炎	13 その他			
	【薬の服用は毎日・不調】				
	8 アトピー性皮膚炎	母子手帳を確認し、記入してください			
	9 川崎病				
	【心臓合併症は あり・なし】				
	予防接種(これまで受け	い)			
	1 Hib【1回目・2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【1回目・2回目・3回目】				
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 コロナ【最近受けたのは 年 月】				
7 MR(麻疹風しん)【1回目・2回目】	15 その他【 】				
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)					

病児・病後児保育事業実施機関使用欄