

① 病児病後児保育室利用登録書

児童	ふりがな		愛称	男・女
	氏名			
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 カ月)		
	住所	〒		
	通所施設	保育園(所) 幼稚園 電話		
	かかりつけ医	電話		
	緊急連絡先	① 名前: (続柄) 電話 勤務先: 電話		
② 名前: (続柄) 電話 勤務先: 電話				

これまでに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。				
予防接種	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> ロタウイルス
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> 四種混合	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
これまでにかかった病気に <input checked="" type="checkbox"/> と()内にコメントをつけてください。				
既往症	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> じんましん(原因:)	<input type="checkbox"/> 喘息
	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> みずぼうそう	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(今まで 回くらい、最後は 年 月ごろ)			
	<input type="checkbox"/> その他()			
その他	アレルギー	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(具体的に)	
	食事制限	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(具体的に)	
	常備薬	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(具体的に)	
その他、伝えておきたいことs心配なことがあれば書いてください。				