

病児保育利用登録書

登録番号（ ）

※初めて利用される方のみ記入してください。

登録児童	ふりがな		性別	自宅での呼び名	生年月日		
	氏名		男・女		年 月 日	歳 ヶ月	
	住所						
	かかりつけ医療機関				TEL		
	通学・通園施設	保育所（園）・幼稚園・小学校			TEL		
保護者連絡先	ふりがな			ふりがな			
	氏名 続柄			氏名 続柄			
	携帯電話番号			携帯電話番号			
	勤務先	名称			勤務先	名称	
		TEL				TEL	
	緊急連絡先	TEL①		続柄			
TEL②		続柄					
予防接種	これまでに受けたものすべてに○をつけてください。						
	1	ロタリックス	(1 2)	2	ロタテック	(1 2 3)	
	3	B型肝炎	(1 2 3)	4	肺炎球菌	(1 2 3 4)	
	5	ヒブワクチン	(1 2 3 4)	6	四種混合	(1 2 3 4)	
	7	五種混合	(1 2 3 4)	8	BCG	(済 未)	
	9	日本脳炎	(1 2 3 4)	10	MRワクチン	(1 2)	
	11	水痘	(1 2)	12	その他	()	
	既往歴	今までにかかった病気に○をつけてください。					
		1	突発性発疹	2	麻疹（はしか）	3	風疹
		4	水痘（水ぼうそう）	5	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		
		6	百日咳	7	熱性けいれん	8	蕁麻疹
	9	結核	10	喘息			
11	その他 ()						
アレルギー等	(有・無)	1	食物アレルギー (卵 牛乳 大豆 小麦 そば その他 ())				
		2	アトピー性皮膚炎 (行っている治療:)				
		3	気管支喘息 (行っている治療:)				
		4	その他 ()				
上記の症状に関する配慮事項 (医師からの指示、投薬など)							
その他	その他、伝えておきたいこと、心配なこと						

(宛先) 実施施設の長

上記のとおり病児保育利用の登録を申請します。

年 月 日

保護者氏名

印