

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(勤め先等)	
	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)			平成	年	月	日生
				(	歳	か月)	
	住所(〒 - )		電話	( )			
	横浜市		区				
	通園施設等			(	区)		
	1 保育所に通園している		→ 施設名	→			
	2 通園していない		電話	( )			
	3 小学校に通っている		小学校名				
	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 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(麻しん風しん)【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)							