

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					
	住所(〒 —)		電話 ()							
	横浜市 区									
	通園施設等		(区)	<table border="0"> <tr> <td>1 認可保育所</td> <td rowspan="3">}</td> </tr> <tr> <td>2 横浜保育室</td> </tr> <tr> <td>3 その他</td> </tr> </table>			1 認可保育所	}	2 横浜保育室	3 その他
	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 ()							
	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)										