

岸和田市病児保育事業利用登録票

申請者名

保 護 者	保護者氏名	続 柄	緊急連絡先
	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 (ふりがな)	性 別	生年月日
		男・女	年 月 日生 (歳 ヶ月)
	住 所 (〒 -) 電 話 ()		
	通園施設等 1 2		
	かかりつけ医師 医療機関名 電 話 () 担当医師氏名		
	既往症（今までかかった病気に番号と【 】の内容に○をつけてください。）		
	1 突発性発しん	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】	
	2 麻疹（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 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】	
	6 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	【座薬の指示はあり・なし】	
	7 百日咳	16 てんかん	
	8 ヘルペス口内炎	17 食物アレルギー	
	9 R S ウィルス細気管支炎	【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他 () 】	
	10 ロタウィルス性腸炎	18 その他	
	11 B型肝炎（キャリアを含む）	【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 ロタウィルス	8 五種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	
	2 B型肝炎	9 BCG	
	3 ヒブワクチン	10 麻疹・風しん混合	
	4 肺炎球菌	11 水痘（水ぼうそう）	
5 ポリオ(生ワクチン)【1回目・2回目】	12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		
6 ポリオ(不活化ワクチン)【1回目・2回目・3回目・追加】	13 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】		
7 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	14 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】		
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 ヶ月、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。）			