

病児保育登録申請書

(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

令和 年 月 日

申請者氏名

フリガナ 児童氏名	男 女	愛称	生年月日 (歳 年 月 日生 か月)
住 所		TEL	
世帯 の 状 況	父・氏名	勤務先	TEL
	母・氏名	勤務先	TEL
	同居家族 (氏名 (氏名 (氏名	続柄 続柄 続柄) (氏名) (氏名) (氏名
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号
緊急連絡先	①TEL		②TEL
家庭医	病・医院名 医師名	TEL	
生 育 歴	妊娠中の異常 なし・あり () 出生時体重 (g) 出産は (予定通り・ 日早かった・遅かった) (在胎 週) 出産時の異常 なし・あり ()		
	※以下、1歳未満のお子さんの場合、記入してください 首のすわり (か月) おすわり (か月) 一人歩き (か月) 栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳食開始時期 (前期: か月) (中期: か月) (後期: か月) (幼児食: 歳 か月) 人見知り (か月) 母親の後追い (歳 か月) 話し始め (意味のある言葉) (歳 か月)		
既往歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 アナフィラキシーショック (原因:) RSウイルス その他 ()		
食 事	嫌いな食べ物 () アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソバ類 その他 ()		
そ の 他	注意事項		

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

BCG	未 ・ 済
ポリオ（生ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ（単独・不活化ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
〔・麻しん単抗原〕	〔未 ・ 第1期 ・ 第2期〕
〔・風しん単抗原〕	〔未 ・ 第1期 ・ 第2期〕
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加
ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
水痘	未 ・ 済
おたふくかぜ	未 ・ 済
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウイルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回