

# 病後児保育事業利用事前登録書

R 年度	R 年度	R 年度	R 年度	R 年度
/	/	/	/	/

フリガナ 氏名(児)			在園名 (在校名)		
生年月日	平成・令和 年 月 日				
住所	ひたちなか市		かかりつけ 医療機関		
緊急 連絡 先	① 氏名 関係( )		携帯:		
	勤務先:		勤務先☎:		
	② 氏名 関係( )		携帯:		
	勤務先:		勤務先☎:		
	③ 氏名 関係( )		携帯:		
	勤務先:		勤務先☎:		
アレルギー	無・有 (アレルゲン:		エピペンの処方: 無・有 )		
けいれん	無・有 (最終発作日:		けいれん予防薬の処方: 無・有 [ ] )		
喘息	無・有 (処方薬: 無・有		)		
入院歴	無・有 (年齢、疾患名:		)		
その他	(		)		
既往歴(これまでにかかった病気のすべてにレ点をつけてください。)					
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)					
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 中耳炎					
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 肺炎					
<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 髄膜炎 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> その他(					
予防接種(これまでを受けたものすべてにレ点、接種回数を○で囲んでください。)					
<input type="checkbox"/> ロタウィルス      (1・2・3) <input type="checkbox"/> BCG					
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌      (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> MR [麻しん・風しん]      (1期・2期)					
<input type="checkbox"/> B型肝炎      (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> 水痘 [水ぼうそう]      (1・2)					
<input type="checkbox"/> 5種混合      (1・2・3・追) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 [おたふくかぜ]      (1・2)					
R6年4月以前に接種開始された方 <input type="checkbox"/> 日本脳炎      (1・2・追・2期)					
<input type="checkbox"/> 4種混合      (1・2・3・追)					
<input type="checkbox"/> ヒブ      (1・2・3・追)					

\*内容に変化があった場合は、速やかにその旨をお伝えください。

(感染症既往、予防接種、連絡先など)

\*提出から1年毎に内容確認し、必要時は利用時に追加修正して頂きます。

令和 年 月 日

保護者氏名