

様式第2号（第7条関係）

（表）

病児・病後児保育児童登録票

NO \_\_\_\_\_

児童氏名 (フリガナ)	性別	住所	
	男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名	児童との続柄	連絡先 (※緊急連絡先の□欄にレ印を記入してください。)	
印		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 <input type="checkbox"/> 勤務先 勤務先電話番号	
印		<input type="checkbox"/> 自宅電話番号 <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 <input type="checkbox"/> 勤務先 勤務先電話番号	
保護者以外の連絡先		<input type="checkbox"/> 電話番号	
通園、通学施設等（該当番号に○をしてください。）			
1 保育園、幼稚園に通園している		施設名（学年）	（ ）
2 小学校に通学している		電話番号	
3 その他			
かかりつけの医療機関		医療機関名	
		電話番号	
定期的に通院している疾患			
1 ある 病名			
2 ない			
常時服用している薬（ぜんそく、アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体的に記入してください。）			
入院の経験			
1 ある		入院時の年齢	歳
2 ない		病名	
アレルギーの有無			
1 食物アレルギー（牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他（ ））			
2 その他（ ）			
上記1・2に起因する具体的症状（ ）			
その他（保育上、配慮してほしいことについて記入してください。）			

利用料金区分

--

(裏)

既往歴 (今までにかかった病気の該当番号に○をしてください。)

1	突発性発疹
2	麻疹 (はしか)
3	水痘 (みずぼうそう)
4	風疹 (三日ばしか)
5	咽頭結膜熱 (プール熱)
6	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
7	百日咳
8	ヘルパンギーナ
9	肺炎
10	とびひ
11	B型肝炎 (キャリアを含む。)
12	喘息・喘息様気管支炎
13	アトピー性皮膚炎
14	川崎病 (心臓合併症は あり なし)
15	熱性けいれん (初回 歳 か月 最後 歳 か月)
16	てんかん
17	その他 (具体的に )

予防接種 (今までに受けた予防接種の番号と【 】内の回数に○をしてください。)

1	三種混合【I期 1回目 2回目 3回目 追加】
2	ポリオ【 1回目 2回目 】
3	BCG
4	MR (麻疹・風疹)
5	麻疹 (はしか)
6	風疹 (三日ばしか)
7	日本脳炎【I期 1回目 2回目】
8	水痘 (みずぼうそう)
9	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
10	インフルエンザ (直近は 年 月)
11	その他

この児童登録票の内容を実施施設へ提供することを承諾します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_