

確認		連絡	
----	--	----	--

No.

(表)
病児・病後児保育児童登録票

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 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 勤務先電話番号	
印		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <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 有 無 （有の場合、以下にお進みください）			
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	
--------	--

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 麻しん（はしか）
3 水痘（みずぼうそう）	4 風しん（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 四種混合【 I期 1回目 2回目 3回目 追加 II期 】
3 不活化ポリオ【 初回1回目 2回目 3回目 追加 】
4 生ポリオ【 1回目 2回目 】
5 BCG
6 麻しん風しん混合（MR）【 1期 2期 】
7 麻しん（はしか）
8 風しん（三日ばしか）
9 日本脳炎【 I期 1回目 2回目 追加 II期 】
10 インフルエンザ菌b型（H i b）【 初回1回目 2回目 3回目 追加 】
11 小児肺炎球菌【 初回1回目 2回目 3回目 追加】
12 水痘（みずぼうそう）
13 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
14 インフルエンザ（直近は 年 月）
15 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

世帯状況及び課税状況調査	私及び世帯員の当該年度市民税課税資料を、費用負担区分確認のため職員が閲覧することに同意します。（世帯員全員記入してください。）
	保護者氏名 _____ 印
	世帯員氏名 _____ 印
	世帯員氏名 _____ 印
	世帯員氏名 _____ 印