

病児保育利用登録申請書

がじゅまる病児保育室

	年度	登録日	年	月	日	登録番号
ふりがな		性別	男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)	
児童氏名					年 月 日 (歳 か月)	
通園施設	(電話)					
かかりつけ医	名称 (電話)					
緊急時の病院	指定あり() なしの場合:協力医療機関:徳之島診療所					
予防接種	B型肝炎	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				
	インフルエンザ菌b型Hib	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				
	小児肺炎球菌	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				
	四種混合	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加・II期)				
	日本脳炎	受けていない・受けた(I期1回・2回・I期追加・2期)				
	麻疹・風疹(MR)	受けていない・受けた(1回・2回)				
	BCG	受けていない・受けた				
	水ぼうそう	受けていない・受けた(1回・2回)				
	ロタウイルス	受けていない・受けた(1回・2回) (1回・2回・3回)				
	おたふくかぜ	受けていない・受けた(1回・2回)				
	三種混合	受けていない・受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)				
	ポリオ	受けていない・受けた(生ワクチン1回・2回 (不活化ワクチン1回・2回・3回・4回))				
*これまでにかかった主な病気(かかった病気に○をしてください。)						
1.突発性発疹 2.麻疹(はしか) 3.風疹 4.水痘(水ぼうそう) 5.流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 6.熱性けいれん(回) 7.アトピー性皮膚炎 8.喘息及び喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時のみ治療) 9.アレルギー() 10.その他()						
入院歴	ない・ある (病名:)					歳 か月)
常時服用している薬	ない・ある (具体的に:)					
食事制限	ない・ある (具体的に:)					
心配なこと、配慮してほしいこと 身体面・・・ 発達面・・・ ミルク(1回量・回数・タイミング) 離乳食(回数・食べさせていないもの)						