

岸和田市病児保育事業利用登録票

申請者名

保護者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先
	携帯電話		連絡先
	携帯アドレス		電話
	携帯電話		連絡先
携帯アドレス	電話		

登録児童	児童氏名 <small>(ふりがな)</small>	性別	生年月日	
		男・女	年 月 日生 (歳 ヶ月)	
	住所 (〒 -) 電話 ()			
	通園施設等			
	1			
	2			
	かかりつけ医師			
	医療機関名 電話 () 担当医師氏名			
	既往症 (今までかかった病気に番号と【 】の内容に○をつけてください。)			
	1 突発性発しん	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】		
	2 麻しん(はしか)	13 アトピー性皮膚炎		
	3 水痘(水ぼうそう)	14 川崎病【心臓合併症はあり・なし】		
	4 風しん(三日ばしか)	15 熱性けいれん		
	5 咽頭結膜熱(プール熱)	【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】		
	6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	【座薬の指示はあり・なし】		
	7 百日咳	16 てんかん		
	8 ヘルペス口内炎	17 食物アレルギー		
	9 RSウイルス細気管支炎	【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他()】		
10 ロタウイルス性腸炎	18 その他			
11 B型肝炎(キャリアを含む)	【具体的に: 】			
予防接種 (これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください。)				
1 ロタウイルス	8 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】			
2 B型肝炎	9 BCG			
3 ヒブワクチン	10 麻しん・風しん混合			
4 肺炎球菌	11 水痘(水ぼうそう)			
5 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)			
6 ポリオ(生ワクチン)【1回目・2回目】	13 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】			
7 ポリオ(不活化ワクチン)【1回目・2回目・3回目・追加】	14 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】			
入院の経験 (入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください。)				
1 ない				
2 ある【 歳 ヶ月、病名 】				
【 】				
常時内服している薬 (常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。)				
1 ない 2 ある 【具体的に: 】				
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください。)				