

保護者記入

横浜市病児・病後児保育事業利用登録票

病児・病後児保育事業実施機関名

申請者名(保護者)

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	()
	児童氏名		性別	生年月日	
(ふりがな)			平成・令和	年	月 日生
			(歳	か月)	
住所 (〒 —)		電 話 ()			
横浜市 区					
通園施設等 (区)				1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他 (小規模・認可外・幼稚園)	
1 保育所・幼稚園に通園している → 施設名		→			
2 通園していない		電 話 ()			
3 小学校に通っている → 学校名					
かかりつけの医師					
医療機関名		電 話 ()		担当医師名	
既往歴 (今までにかかった病気に番号と【 】の内容に○をつけてください) ※母子手帳を確認し、記入をお願いします。					
登 録 児 童	1 突発性発疹		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 か月、最後 歳 か月、これまで 回】		
	6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		【座薬の指示はある・なし】		
	7 百日咳		16 てんかん		
	8 ヘルパンギーナ		17 食物アレルギー		
	9 肺炎		【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】		
	10 とびひ		18 その他		
	11 B型肝炎(キャリアーを含む)		【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 Hib【1回目・2回目・3回目・追加】		8 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】			
2 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】		9 水痘(水ぼうそう)【1回目・2回目】			
3 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		10 ロタウイルス			
4 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		11 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】			
5 ポリオ【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)			
※生ポリオの場合は2回目まで		13 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】			
6 BCG		14 その他【 】			
7 MR (麻しん風しん)【1回目・2回目】					
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 か月、病名		】	
		【 歳 か月、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)					