

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  
おおぐち病児保育室

申請者名(保護者)

保 護 者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先(勤務先の住所等)	
	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	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	( )		
	通園施設等		( 区)	1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他 <small>小規模・認可外・幼稚園</small>	
	1 幼稚園・保育園・小学校等に通っている	→ 施設名	→		
	2 通園等はない	電 話	( )		
	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。				
	1 突発性発疹	10 熱性けいれん	【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】		
	2 麻疹(はしか)	【座薬の指示はない・ある】			
	3 水痘(水ぼうそう)	11 てんかん			
	4 風しん(三日ばしか)	12 食物アレルギー等(検査最終日 年 月 日)	【牛乳・卵・大豆・小麦・その他( )】		
	5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	18 その他	【具体的に: 】		
	6 B型肝炎(キャリアーを含む)				
7 喘息・喘息様気管支炎					
8 アトピー性皮膚炎					
9 川崎病					
【心臓合併症は あり・なし】					
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【1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【1期 1回目・2回目・3回目・追加】	10 ロタウイルス【1回目・2回目】				
4 三種混合【1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 コロナ【最近受けたのは 年 月】				
7 MR(麻疹風しん)【1回目・2回目】	15 その他【 】				
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)					