

病児・病後児保育事業利用登録書

砺波市教育委員会教育長 あて

保護者 住 所
氏 名
電話番号
申込児童との続柄

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録します。

ふりがな 対象児童氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日生	
			年 齢	歳 か月	
かかりつけ医・病院等			通園施設名		
緊急連絡先 (確実に連絡がとれるところ)	1		電話番号		
	2		電話番号		
既往歴	◎今までに行った予防接種 ・BCG 未・済 ・ロタウイルス 未・済 ・4種混合1期(1・2・3・追加) 未・済 ・日本脳炎 未・済 ・麻しん・風しん(1期・2期) 未・済 ・水痘(みずぼうそう) 未・済 ・ヒブワクチン(1・2・3・追加) 未・済 ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 未・済 ・肺炎球菌(1・2・3・追加) 未・済 ・その他の予防接種 未・済 ・B型肺炎(1・2・3) 未・済 ()				
	◎今までにかかったことのある病気 ・水痘(みずぼうそう) 年 月 ・百日咳 年 月 ・風しん(三日はしか) 年 月 ・麻しん(はしか) 年 月 ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月 ・その他() 年 月 () 年 月				
	突発性発疹 未・済				
	熱性けいれんを起こしたことはありますか？ 有・無				
	※有の場合 () 回 (初回) 年 月 (最終) 年 月				
	けいれんを起こしたことはありますか？ 有・無				
	※有の場合、その時の状況を記載				
	アレルギーを起こしたことはありますか？ 有・無				
	※ 有の場合	食 物 ()			
		くすり ()			
環 境 ()					
常備薬	内服 ・ 吸入 ・ 坐薬 ・ 外用 ・ その他 ()				