

病児保育事業登録票

園(学校)名		承諾 番号		受付年月日		登録番号	
フリガナ				生年月日	年 月 日	年 齢	
児童(生徒)名	男・女						
住 所	〒 TEL						
家 族 の 状 況	氏 名		生 年 月 日	連 絡 先		既 往 歴	
	父	フリガナ	年 月 日	TEL			
	母	フリガナ	年 月 日	TEL			
		フリガナ	年 月 日				
	フリガナ	年 月 日					

緊 急 連 絡 先

	氏 名	児童との 続柄	勤 務 先 等 住 所 ・ 電 話 番 号	勤 務 先 名 等
1	フリガナ		TEL	
2	フリガナ		TEL	

予 防 接 種 歴 ・ 既 往 歴 ・ 子 ど も の 様 子

1	予防接種歴	※接種している予防接種に○をつけてください。																																																										
		<table><tr><th>予防接種の種類</th><th>1回目</th><th>2回目</th><th>3回目</th><th>追加</th></tr><tr><td>ヒブワクチン</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>肺炎球菌ワクチン</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>B型肝炎</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ロタウイルス</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ）</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>MRワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン）</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>水痘（水ぼうそう）</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>日本脳炎</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>おたふくかぜ</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	予防接種の種類	1回目	2回目	3回目	追加	ヒブワクチン					肺炎球菌ワクチン					B型肝炎					ロタウイルス					四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）					五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ）					BCG					MRワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン）					水痘（水ぼうそう）					日本脳炎					おたふくかぜ		
予防接種の種類	1回目	2回目	3回目	追加																																																								
ヒブワクチン																																																												
肺炎球菌ワクチン																																																												
B型肝炎																																																												
ロタウイルス																																																												
四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）																																																												
五種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ）																																																												
BCG																																																												
MRワクチン（麻しん・風しん混合ワクチン）																																																												
水痘（水ぼうそう）																																																												
日本脳炎																																																												
おたふくかぜ																																																												
2	既往歴	生まれてから今までに、特別な病気（先天性異常・心臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。（はい・いいえ） 病名（ ）																																																										
3	子どもの様子	・1歳6か月児健診 指導（未受診・無・有） 指導内容（ ） 3歳児健診 指導（未受診・無・有） 指導内容（ ） ・発育などについてかかったことのある医療機関等（無・有）（医療機関名： ） ・お子さんの行動やくせ、こだわり等で気を付けてほしいことがありますか。（はい・いいえ） 内容（ ） 例…動き回ったり、外に勝手に出て行ってしまうことがある・環境の変化を極端に嫌がることもある・かんしゃくを起こすことがある等																																																										

なお、病児保育事業の利用料の決定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧することに同意します。