

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		性別	生 年 月 日							
	(ふりがな)			平成	年	月 日生					
				( 歳	か月)						
	住所 (〒 — )		電 話 ( )								
	横浜市		区								
	通園施設等		( 区)		<table border="0"> <tr><td>1</td><td>認可保育所</td></tr> <tr><td>2</td><td>横浜保育室</td></tr> <tr><td>3</td><td>その他</td></tr> </table>	1	認可保育所	2	横浜保育室	3	その他
	1	認可保育所									
	2	横浜保育室									
	3	その他									
	1 保育所に通園している	→ 施設名	→								
	2 通園していない	電 話 ( )									
	3 小学校に通っている	小学校名									
	かかりつけの医師		電 話 ( )		担当医師名						
	医療機関名										
	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	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】									
	2 麻疹 (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 (麻疹風しん)【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)											

病児・病後児保育事業実施機関使用欄