

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()		