

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(勤め先等)	
	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 年 月 日生 (歳 か月)				
	住所(〒 -)		電 話 ()					
	横浜市 区							
	通園施設等 (区)				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 →		電 話 ()					
	2 通園していない		小学校名					
	3 小学校に通っている							
	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(三日ぼしか)		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)								