

特定非営利活動法人うていーらみや にぬふあのもり 病児病後児保育事業

事前登録票

記入日	20 年 月 日	申込者(保護者)名			
ふりがな			性別	西暦と和暦 生年月日	
名前			男・女	20 平成・令和 年 月 日	
住所			電話		
〒					
通園・通学施設名	保育園・こども園・幼稚園・その他()				
かかりつけ医	なし・あり 病院名:		担当医:		
家族構成			保護者連絡先		
氏名	年齢	続柄	携帯	続柄	
	歳		勤務先名		
	歳		☎		
	歳		携帯	続柄	
	歳		勤務先名		
	歳		☎		
	歳		携帯	続柄	
	歳		勤務先名		
	歳		☎		
既往歴	麻疹(はしか)・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)・その他()				
予防接種	BCG	未・済	4種混合(DPT+ポリオ)	1回・2回・3回・追加	
	Hib(ヒブ)	1回・2回・3回・4回	B型肝炎	1回・2回・3回	
	肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	水ぼうそう	1回・2回	
	MR(麻疹・風疹)	1期・2期	おたふくかぜ	未・済	
	日本脳炎	1回・2回・追加・2期	ロタウイルス	1回・2回・(5価のみ)3回	
熱性けいれん	なし・あり 最後の発作日 年 月 日 痙攣止め座薬の指示 なし・あり				
アレルギー	なし・あり【食べ物】		【薬】	【その他】	
除去食	なし・あり()	喘息	なし・継続治療中・悪化時のみ治療		
【家族から伝えたいこと】					