

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

病児保育室 サンクリキッズ

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先(勤務先の住所等)		
	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)				年 月 日生
住所(〒 -)		電 話 ()			
通園施設等 (区)		1 小学校等に通っている ▶ 学校名			
		電 話 ()			
かかりつけの医師		医療機関名		電 話 () 担当医師名	
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		10 熱性けいれん			
2 麻疹(はしか)		【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】			
3 水痘(水ぼうそう)		【座薬の指示は ない・ある】			
4 風しん(三日ばしか)		11 てんかん			
5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		12 食物アレルギー等(検査最終日 年 月 日)			
6 B型肝炎(キャリアーを含む)		【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】			
7 喘息・喘息様気管支炎		*学校等での対応を教えてください			
【薬の服用は毎日・不調時のみ】					
8 アトピー性皮膚炎		13 その他			
9 川崎病		【具体的に : 】			
【心臓合併症は あり・なし】					
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】		9 水痘(水ぼうそう)【1回目・2回目】	
2 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】		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【1回目・2回目・3回目】	
4 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		5 ポリオ【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】	
※生ポリオの場合は2回目まで		12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		13 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】	
6 BCG		7 MR(麻疹風しん)【1回目・2回目】		14 コロナ【最近受けたのは 年 月】	
		15 その他【 】			
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