

保護者記入

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
病児保育室 サンクリキッズ

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/令和	年 月 日生	
			(歳	か月)	
	住所 (〒 -)	電 話	()		
	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			
	2 通園していない	電 話	()		
	3 幼稚園等/小学校	施設名			
	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	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】			
	2 麻しん (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 (麻しん風しん)【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)					