

横浜市病児・病後児保育事業利用登録票

利用施設名

サンクリキッズ

申請者（保護者）氏名

住所	〒 —		
----	-----	--	--

保護者	連絡順①	氏 名	続柄	勤務先等
		携帯電話 — —		最寄り駅
		メールアドレス		勤務先等電話 — —
	連絡順②	氏 名	続柄	勤務先等
		携帯電話 — —		最寄り駅
		メールアドレス		勤務先等電話 — —

登録児童	ふりがな		性別	年齢・生年月日 (歳 か月)		
	氏名			年 月 日 生		
	通園施設				1 認可保育所 5 幼稚園	
	1 保育園・幼稚園・小学校等 ➡ 施設名 ➡				2 小規模保育事業 6 小学校	
	2 通園・通学はしていない 電話 — —				3 横浜保育室 7 その他	
					4 認可外保育施設	
	かかりつけ医 医療機関名		電話 — —			
	既往歴（今までにかかった病気の番号と【 】内に○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）		→座薬の指示は【ない・ある（ ℃以上で1回目使用）】			
	3 風しん（三日ばしか）		11 その他のけいれん			
	4 水痘（水ぼうそう）		→原因病名【 】			
	5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		12 てんかん			
	6 B型肝炎（キャリアを含む）		13 食物アレルギー（検査最終日 年 月 日）			
	7 喘息・喘息様気管支炎		→【牛乳・卵・クルミ・小麦・その他 】			
	→薬の服用は【毎日・不調時】のみ		※生活管理指導表のコピーがある場合は提出をお願いします。			
	8 アトピー性皮膚炎		14 薬物アレルギー →具体的に【 】			
	9 川崎病		15 その他のアレルギー →具体的に【 】			
	→心臓合併症は【あり・なし】		16 その他 →具体的に【 】			
	予防接種（これまで受けた予防接種の番号と【 】内の回数に○をつけてください）					
	1 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】			8 ポリオ（単独）【5回目・6回目】		
	2 ロタウイルス【1回目・2回目・3回目】			9 BCG		
	3 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】			10 MR（麻疹風しん）【1回目・2回目】		
	4 五種混合【1回目・2回目・3回目・追加】			11 水痘（水ぼうそう）【1回目・2回目】		
	5 四種混合【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）【1回目・2回目】		
	6 三種混合【5回目・6回目】			13 日本脳炎 I期【1回目・2回目・追加】 II期【1回】		
	7 Hib（ヒブ）【1回目・2回目・3回目・追加】			14 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 1 ない 2 ある → 具体的に【 】						
配慮が必要な発達障害の有無 1 ない 2 ある → 具体的に【 】						
その他（心配なこと、配慮してほしいことなどを記入してください）						

病児・病後児保育施設使用欄
