

# 長岡市病児・病後児保育事業 事前登録票

個人情報、その保護に十分配慮しつつ、当事業の範囲に限り使用させていただきます。

登 録 児 童	フリガナ		愛称	性別	生年月日
	児童氏名			男・女	H・R . . . ( 歳 ヶ月)
	自宅住所	(〒 - )	兄弟姉妹	名前 歳(男・女)	
	自宅電話番号	- -		名前 歳(男・女)	
	通園・通学施設名	( ) 保育園・幼稚園・小学校 ( ) 歳児・年少・年中・年長・小学校 ( ) 年生			
かかりつけ医	( ) 医院・病院 ( ) 先生				
保 護 者	フリガナ 氏名	( 歳)	続柄	フリガナ 氏名	( 歳)
	勤務先名		勤務先名		
	勤務先電話	- -	勤務先電話	- -	
	携帯電話	- -	携帯電話	- -	
予 防 接 種	*これまでに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 三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)	【 1期1回目・2回目・3回目・1期追加 】			
既 往 歴	2 BCG				
	3 麻しん・風しん混合	【 1期・2期 】			
	4 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	【 1期1回目・2回目・3回目・1期追加 】			
	5 不活化ポリオ	【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】			
	6 経口生ポリオ	【 1回目・2回目 】			
	7 ヒブ	【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】			
	8 小児用肺炎球菌	【 初回1回目・2回目・3回目・追加 】			
	9 日本脳炎	【 1期1回目・2回目・1期追加 】			
	10 水ぼうそう	11 おたふくかぜ	12 B型肝炎	13 ロタウイルス	
	14 その他【	】			
*これまでにかった病気の番号に○をつけ、【 】内を記入してください。					
1 突発性発疹	2 はしか(麻しん)	3 風しん	4 百日せき		
5 おたふくかぜ	6 水ぼうそう	7 B型肝炎	8 日本脳炎		
9 熱性けいれん 【回数 回】 最後はいつ? 【H 年 月 日】 座薬の指示【無・有】					
10 アトピー性皮膚炎 【治療は <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 食事療法】					
11 喘息および喘息様気管支炎 【 <input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ】					
12 その他【					
】					
新生児期	出生時の異常 ( 無・有 )		障害者手帳をお持ちの場合や配慮が必要な状況などがありましたら具体的にお書きください。		
発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない				
入 院 の 経 験	無・有	病名:	歳 ヶ月	病名:	歳 ヶ月
		病名:	歳 ヶ月	病名:	歳 ヶ月
常時服用している薬	無・有	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬がありましたら具体的にお書きください。			
食事制限・食物アレルギー	無・有	主治医から指示を受けている場合は具体的にお書きください。			
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。				

受付日: 令和 年 月 日	受付施設:	担当者印:
---------------	-------	-------