

千葉県病児・病後児保育事業利用登録票

登録番号	診察券番号
登録日	年 月 日
修正日	年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者(保護者) ^{ふりがな}氏名

千葉県病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録します。

ふりがな 児童氏名	愛称 ()				男 女	生年月日	年	月	日			
児 童 の 兄弟姉妹	氏名 ()歳	氏名 ()歳										
	氏名 ()歳	氏名 ()歳										
児童の所属	保育所(園)等・幼稚園・小学校				電話 ()							
かかりつけの 医院名												
保護者	1	ふりがな 氏名	続柄	勤務先	勤務先電話番号							
		携帯番号		メールアドレス(携帯)								
	2	ふりがな 氏名	続柄	勤務先	勤務先電話番号							
		携帯番号		メールアドレス(携帯)								
自宅	住所 (〒 -) 電話 ()											
新生児	出生週数 ()週 出生体重 ()g 出生身長 ()cm											
	妊娠時の異常 なし あり ()											
	出生時の異常 なし あり ()											
発育・発達	異常なし 異常あり() わからない											
予防接種 (接種した予防接種 欄の□にチェック✓ をしてください。) ※複数回接種してい る場合は回数別に チェックをしてくだ さい。		1回目	2回目	3回目	4回目		1回目	2回目	3回目	4回目		
	ヒブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MR(麻疹+風疹)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	みずぼうそう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	4種混合(DPT+IPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	0歳	<input type="checkbox"/>	1歳	<input type="checkbox"/>	2歳	<input type="checkbox"/>
	BCG	<input type="checkbox"/>					3歳	<input type="checkbox"/>	4歳	<input type="checkbox"/>	5歳	<input type="checkbox"/>
	3種混合(DPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6歳	<input type="checkbox"/>	7歳	<input type="checkbox"/>	8歳	<input type="checkbox"/>
	ポリオ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9歳	<input type="checkbox"/>	10歳	<input type="checkbox"/>		
その他()												
食物アレルギー	ない											
	ある 卵 牛乳 小麦 大豆 その他()											
	アナフィラキシー(アレルギー反応) ない ある											
薬物アレルギー	ない ある(種類等)											
熱性けいれん	ない ある(歳、 歳) ダイアアップ座薬使用 する しない											
既往歴	なし あり(みずぼうそう おたふくかぜ) その他()											
	現在罹っている病気()											
	B型肝炎 (<input type="checkbox"/> キャリアー <input type="checkbox"/> キャリアーでない <input type="checkbox"/> わからない)											
常時服用している薬 なし	入院歴 なし											
あり()	あり()											

※申請者又は保護者は、登録・診察券番号欄には記入しないでください。※該当欄□にレを付けてください。

※勤務先、連絡先などはすべて記入し、変更があった場合は速やかにご連絡ください。

※個人情報、当病児保育室で厳重に保管し、保育に必要な場合のみに使用し、他の目的では使用しません。

※この利用登録票は、希望する病児・病後児保育施設へご提出ください。

