

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
病児保育室エンジェルキッズ

申請者名

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先(勤め先等)	
	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				
				(歳	か月)					
	住所(〒 -)		電話	()						
	横浜市		区							
	通園施設等		(区)	<table border="0"> <tr> <td>1 認可保育所</td> <td rowspan="3">}</td> </tr> <tr> <td>2 横浜保育室</td> </tr> <tr> <td>3 その他</td> </tr> </table>			1 認可保育所	}	2 横浜保育室	3 その他
	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 小学校に通っている	小学校名								
	かかりつけの医師		電話	()	担当医師名					
	医療機関名									
	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 麻疹(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【1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【1期 1回目・2回目・3回目・追加】	10 ロタウイルス									
4 三種混合【1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(麻疹風しん)【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)										