

延岡市病児保育事業利用登録申請書兼台帳

記入日 令和 年 月 日

フリガナ 利用児氏名		性別	男・女	生 年 月 日	H・R 年 月 日生 (歳 ヶ月)	
かかりつけ 病院	通っている 保育園、幼稚園、 小学校、等の名称					
保護者住所	〒					
フリガナ 保護者氏名				TEL:		
緊急連絡先	1	続柄()		TEL:		
	2	続柄()		TEL:		
アレルギー体質の有無 無 ・ 有 (詳細に) 注意して欲しい点						
既往症 (これまでかかった病気すべてに☑をつけてください)						
<input type="checkbox"/> 1. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 2. 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 3. 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 4. 手足口病 <input type="checkbox"/> 5. 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 6. 咽頭結膜炎プール熱 <input type="checkbox"/> 7. 喘息 <input type="checkbox"/> 8. 食物アレルギー () <input type="checkbox"/> 9. アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 10. 感染性紅はんりんご病 <input type="checkbox"/> 11. ヘルパンギーナ(夏風邪) <input type="checkbox"/> 12. 結核 <input type="checkbox"/> 13. 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 14. 川崎病 <input type="checkbox"/> 15. 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 16. 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 17. 百日咳 <input type="checkbox"/> 18. 異型肺炎 <input type="checkbox"/> 19. その他() (マイコプラズマ肺炎 他)						
予防接種 (これまで受けたものの番号と、右欄の当てはまるものに☑をつけてください)						
<input type="checkbox"/> 1	5種混合・4種混合	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
<input type="checkbox"/> 2	ヒブワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
<input type="checkbox"/> 3	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
<input type="checkbox"/> 4	BCG	<input type="checkbox"/> 済				
<input type="checkbox"/> 5	MR 2種混合(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 1期		<input type="checkbox"/> 2期		
<input type="checkbox"/> 6	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
<input type="checkbox"/> 7	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目		
<input type="checkbox"/> 8	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
<input type="checkbox"/> 9	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
<input type="checkbox"/> 10	おたふく	<input type="checkbox"/> 1期		<input type="checkbox"/> 2期		
<input type="checkbox"/> 11	インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 1回目		<input type="checkbox"/> 2回目		
<input type="checkbox"/> 12	その他()					