

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

申請者名

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先(勤務先の住所等)	
	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 ()			
	通園施設等		(区)	<input type="checkbox"/> 1 認可保育所 <input type="checkbox"/> 2 横浜保育室 <input type="checkbox"/> 3 その他		
	1 幼稚園・保育園・小学校等に通ってる		施設名			
	2 通園等はない		電 話 ()			
	かかりつけの医師		医療機関名		電 話 ()	
			電 話 ()		担当医師名	
	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		10 熱性けいれん			
	2 麻疹(はしか)		【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】			
	3 水痘(水ぼうそう)		【座薬の指示は ない・ある】			
	4 風しん(三日ばしか)		11 てんかん			
	5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		12 食物アレルギー等(検査最終日 年 月 日)			
	6 B型肝炎(キャリアーを含む)		【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】			
7 喘息・喘息様気管支炎		13 その他				
【薬の服用は毎日・不調時のみ】		【具体的に: 】				
8 アトピー性皮膚炎						
9 川崎病						
【心臓合併症は あり・なし】						
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【I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【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		10 ロタウイルス【1回目・2回目・3回目】				
4 三種混合【I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 コロナ【最近受けたのは 年 月】				
7 MR(麻疹風しん)【1回目・2回目】		15 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(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)						

病児・病後児保育事業実施機関使用欄