

病児保育室 事前登録票

健康保険証	記号	番号	福祉医療	記号	番号
ふりがな			性別	生年月日	
お子さまの名前（愛称）	()		男 ・ 女	年 月 日 (歳 か月)	
通園・通学施設名	幼稚園・保育園・小学校(年生)			(電話)	
かかりつけ医	医院・病院	先生		(電話)	
自宅住所・電話	〒			(電話)	
保護者 (本院職員の氏名等)	氏名	携帯電話		勤務先名・PHS・電話番号など	
	部局名：			内 線	
	職種：				
緊急連絡先①	氏名・(続柄)	携帯電話		勤務先名・PHS・電話番号など	
	()				
緊急連絡先②	氏名・(続柄)	携帯電話		勤務先名・PHS・電話番号など	
	()				
きょうだいについて	人中 番目	ほかのきょうだい	歳 男・女	歳 男・女	
			歳 男・女	歳 男・女	
周産期の異常	妊娠中の異常	☐ なし ☐ あり ()			
	出産時の異常	☐ なし ☐ あり ()			
		(未熟児の場合： 在胎 週・出生体重 g)			
発達の異常または心配	☐ なし ☐ あり()				
食事	授乳	☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 人工			
	食事の心配事	☐ なし ☐ あり()			

裏面もご記入ください。

予防接種					
ヒブ	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目	☐ 追加
肺炎球菌	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目	☐ 追加
B 型肝炎	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 追加	
五種混合	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 2 回目	☐ 追加
四種混合	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目	☐ 追加
三種混合	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目	☐ 追加
二種混合	☐ 未接種	☐ 接種			
ポリオ（経口）	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目		
ポリオ（不活化）	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目	☐ 追加
BCG	☐ 未接種	☐ 接種			
MR（麻疹風疹混合）	☐ 未接種	☐ I 期	☐ II 期		
水ぼうそう（水痘）	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目		
日本脳炎	☐ 未接種	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 追加	☐ II 期追加
おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）	☐ 未接種	☐ 接種			
その他の予防接種	（ロタウイルス、インフルエンザなど）				
これまでの病気					
感染症	☐ 麻疹 ☐ 風疹 ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ				
その他の感染症	（例：突発性発疹など具体的に）				
熱性けいれん	☐ なし ☐ あり （初回はいつ頃？ 複数回か？ 予防薬は？）				
気管支喘息	☐ なし ☐ あり （通院中 具体的に）				
アトピー性皮膚炎	☐ なし ☐ あり （通院中 具体的に）				
アレルギー	☐ なし ☐ あり （通院中 具体的に）				
中耳炎・扁桃腺炎	☐ なし ☐ あり （通院中 具体的に）				
その他の病気・体質 （てんかんなど具体的に）	☐ なし ☐ あり （通院中 具体的に）				
入院の経験	☐ なし ☐ あり （病名・いつ頃）				
常用薬					
☐ なし ☐ あり （具体的に）					
その他					
☐ なし ☐ あり （体質や癖、配慮してほしいこと等）					

【注意事項】

- ・ ご記入いただいた個人情報は、病児保育の実施についてのみ利用します。
- ・ 緊急連絡先は、事前に必ずよく話し合い、緊急時の判断ができる方を指定してください。
- ・ 母子手帳は、定期予防接種のページをコピーし、添付してください（ページ毎にお子さまの名前を記入）。
- ・ 事前登録票の内容は、保育園の病児保育室と総務課で情報共有させていただきます。また、内容等について、問い合わせをさせていただくことがあります。
- ・ 登録内容に変更があった場合は、速やかに登録内容の変更を連絡ください。

保護者氏名（署名）