

①病児保育登録申請書
(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

(あて先) ふたばすまいるキッズ 施設長

年 月 日

カガナ 児童氏名	男 女	愛称	生年月日 (歳 年 月 日生 か月)			
住 所		TEL				
保育所等名		TEL				
世帯 の 状 況	父・氏名		勤務先		TEL	課税・非課税
	母・氏名		勤務先		TEL	課税・非課税
	同居家族 (氏名 続柄		課税・非課税) (氏名 続柄		課税・非課税)	
	(氏名 続柄		課税・非課税) (氏名 続柄		課税・非課税)	
(氏名 続柄		課税・非課税) (氏名 続柄		課税・非課税)		
健康保険証番号		記号	番号	保険者番号		
緊急連絡先		TEL				
家庭医		病・医院名 医師名		TEL		
生 育 歴	出生時体重 (g) 出生週数(w d)					
	栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳食開始時期 (前期: か月) (中期: か月) (後期: か月) (幼児食: 歳 か月)					
入院歴 () その他伝えておきたいこと ()						
既往 歴	突発性発疹 麻しん (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 ()					
食 事	嫌いな食べ物 () アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソバ類 その他 ()					
そ の 他	注意事項					

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

(全員共通)	
BCG	未 ・ 済
ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
麻疹風疹混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 1回 ・ 2回
ロタウィルス (①ロタリックス、②ロタテック)	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加 ・ 第2期
(年齢により異なるもの)	
ポリオ (生ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ (不活化ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合 / 四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合、四種混合はいずれかを ○で囲んでください。 四種混合接種の方は、ポリオについ での記載は不要です。	
その他のワクチン (インフルエンザワクチンを除く)	項目・回数を記載してください