

様式第1号（第5条関係）

平成 年度（ 年度）豊中市病児保育利用登録票

※該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

| | | | | | |
|-----------------------|---|----------------------|---------------|---------|-------------|
| 登録 児童 | ふりがな | | 愛称 | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | | 男・女 | (才) |
| | 自宅住所(〒 -) | | | | |
| | 自宅電話番号 | | | | |
| | 通園施設名称 |) こども園、保育所・園、幼稚園、小学校 | | | |
| | かかりつけ医 | 病院・医院・クリニック | | | |
| 保護 者 | ふりがな 氏名 | | | 続柄 | 父・母 その他(|
| | 携帯番号 | | | 勤務先・部署： | |
| | メールアドレス | | | 電話番号： | |
| | その他連絡先① 電話番号 | ふりがな 氏名 | | 続柄 | 父・母 その他(|
| | その他連絡先② 電話番号 | ふりがな 氏名 | | 続柄 | 父・母 その他(|
| 予防 接種 | 三種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア) | 未・済 (1回 2回 3回、追加) | | | |
| | 四種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ) | 未・済 (1回 2回 3回、追加) | | | |
| | ポリオ(不活化) | 未・済 (1回 2回 3回、追加) | | | |
| | B C G | 未・済 | 流行性耳下腺炎(おたふく) | | 未・済 |
| | 麻疹・風疹混合(MR) | 未・済 (1期 2期) | | | |
| | 水痘(水ぼうそう) | 未・済 (1回 2回) | | | |
| | 日本脳炎 | 未・済 (1期： 1回 2回、1期追加) | | | |
| | 肺炎球菌 | 未・済 (1回 2回 3回、追加) | | | |
| | Hib(インフルエンザ菌b型) | 未・済 (1回 2回 3回、追加) | | | |
| | B型肝炎 | 未・済 (1回 2回 3回) | | | |
| | ロタウイルス | 1価 | 未・済 (1回 2回) | | |
| 5価 | | 未・済 (1回 2回 3回) | | | |
| 既往 歴 | 1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 風疹 4. 水痘(水ぼうそう) 5. 流行性耳下腺炎(おたふく) 6. 熱性けいれん 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息 9. その他() 10. ひきつけ(診断名：) (熱()℃でひきつける) | | | | |
| ア レ ル ギ ー | アレルギー(ない・ある(具体的に記入してください)： ある場合 専門機関での受診(ない・ある) 病院名() 診断名() 主な症状() ※食物アレルギーの方は、別紙の除去食品チェック表に記入してください。 | | | | |
| | 薬物アレルギー(ない・ある(薬の名前など具体的に記入してください)： | | | | |
| | アレルギー体質のある方は、アレルゲン(原因となるもの)について具体的に記入してください： | | | | |
| そ の 他 | 常時服用している薬(ない・ある(具体的に記入してください)： | | | | |
| | 食事制限 (ない・ある(具体的に記入してください)： | | | | |
| | 気にかかる事、保育で気を付けてほしいことなどを記入してください： | | | | |