

様式第1号（第5条関係）

令和 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	) 幼稚園、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)			
	五種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ・ヒブ)	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：				

