

横浜市病児保育事業利用登録票

病児保育事業実施医療機関名

水野クリニックおひさま病児保育室

申請者名

保護者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先
	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)		平成 年 月 日生 (歳 か月)
	住所 (〒 -) 電話 ()		
	横浜市 区		
	通園施設等		1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他
	1 保育所に通園している → 施設名 →		
	2 通園していない 電話 ()		
	かかりつけの医師		
	医療機関名 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)		
	1 突発性発疹	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は 毎日・不調時のみ】	
	2 麻疹(はしか)	13 アトピー性皮膚炎	
	3 水痘(水ぼうそう)	14 川崎病【心臓合併症は あり・なし】	
	4 風疹(三日ばしか)	15 熱性けいれん	
	5 咽頭結膜熱(プール熱)	【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】	
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	【座薬の指示は 有・なし】		
7 百日咳	16 てんかん		
8 ヘルパンギーナ	17 食物アレルギー		
9 肺炎	【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他()】		
10 とびひ	18 その他		
11 B型肝炎(キャリアーを含む)	【具体的に: 】		
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 三種混合【期 1回目・2回目・3回目・追加】	6 日本脳炎【期 1回目・2回目・追加】		
2 ポリオ【1回目・2回目】	7 水痘(水ぼうそう)		
3 BCG	8 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		
4 麻疹(はしか)	9 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】		
5 風疹(三日ばしか)	10 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)			