

横浜市病児・病後児保育事業利用登録票

病児・病後児保育事業実施機関名

申請者名

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先(勤め先等)	
	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	
	住所(〒 — )		電話	( )		
	横浜市 区					
	通園施設等		( 区)	1 認可保育所		
	1 保育所に通園している	→ 施設名	→	2 横浜保育室		
	2 通園していない	電話	( )	3 その他		
	3 小学校に通っている	小学校名				
	かかりつけの医師		電話	( )		
	医療機関名			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) ※母子手帳を確認し、記入をお願いします。					
	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)	【座薬の指示はある・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・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 Hib【1回目・2回目・3回目・追加】	8 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】					
2 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】	9 水痘(水ぼうそう)【1回目・2回目】					
3 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	10 ロタウイルス					
4 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	11 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】					
5 ポリオ【1回目・2回目・3回目・追加】	12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)					
※生ポリオの場合は2回目まで	13 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】					
6 BCG	14 その他【 】					
7 MR(麻疹風疹)【1回目・2回目】						
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)						