

延岡市病後児保育事業利用登録申請書兼台帳

平成 年 月 日

ふりがな 児 童 名	男 女	( 才 か月) 平成 年 月 日生
かかりつけ 病 院		入所保育園
保護者住所	〒 -	
ふりがな 保護者氏名	Ⓜ	TEL :
健康保険証	種類 :	記号・番号
緊急連絡先	1.	TEL :
	2.	TEL :
アレルギー体質の有無 無 ・ 有 (詳細に ) 注意してほしい点		
●既 往 症 (これまでかかった病気すべてに○を付けてください。)		
1 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	2 風しん (三日ばしか)	3 麻しん (はしか)
4 手足口病	5 水ぼうそう	6 咽頭結膜炎プール熱
7 喘息	8 食物アレルギー ( )	9 アトピー性皮膚炎
10 感染性紅はんりんご病	11 ヘルパンギーナ (夏かぜ)	12 結核
13 熱性けいれん	14 川崎病	15 溶連菌感染症
16 突発性発疹	17 百日咳	18 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎 他)
19 その他 ( )		
●予 防 接 種 (これまで受けたものの番号と、右の欄の当てはまるものに○を付けてください。)		
1 ヒブワクチン	1回目	2回目
2 小児用肺炎球菌	1回目	2回目
3 BCG	済	未
4 DPT・IPV4種混合* (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	1回目	2回目
5 DPT3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回目	2回目
6 不活化ポリオ	1回目	2回目
7 MR2種混合 (麻しん・風しん)	1期	2期
8 日本脳炎	1回目	2回目
9 インフルエンザ	1回目	2回目
10 その他 ( )		

\*DPT・IPV4種混合は、原則PDTとポリオの両ワクチンを一度も接種していない人が対象です。