

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)		
	①			連絡先	③	
	携帯電話	- -		電話		()
	登録アドレス→ 枠外※1に大きくご記入下さい					
②		連絡先	④			
携帯電話	- -	電話		()		
		携帯アドレス				

登録 児 童	児童氏名		性別	生年月日	
	(ふりがな)				平成
	住所(〒 -)	電話	()		
	横浜市 区				
	通園施設等		(区)		
	1 保育所に通園している → 施設名				1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他
	2 通園していない	電話	()		
	3 小学校に通っている	小学校名			
	かかりつけの医師				担当医師名
	医療機関名	電話	()		
	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 麻しん(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 風しん(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(麻しん風しん)【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)				