

はっぴい保育園 病児・病後児保育登録申込書

令和 年 月 日

子どもの名前	フリガナ 氏名	男女	生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)
保護者氏名	フリガナ 氏名	電話番号 (勤務先・携帯・その他) — —		
住所				
緊急連絡先 (2人)	氏名 続柄	電話番号	— —	
在園保育所 学校など	名称	電話番号	— —	
かかりつけ医	医療機関名： 担当医師名 ()	電話番号	— —	
	肺炎球菌	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	未・済 (1回 2回 3回)		
	五種混合	未・済 (1期初回 2回 3回 1期追加)		
	四種混合	未・済 (1期初回 2回 3回 1期追加)		
	インフルエンザ菌b型 (ヒブ)	未・済 (1回 2回 3回 追加)		
	BCG	未・済		
	麻しん・風しん (MR)	未・済 (1期 2期)		
	水痘	未・済 (1期 2期)		
	日本脳炎	未・済 (1期初回 2回 3回 1期追加)		
	おたふくかぜ (任意予防接種)	未・済		
既往歴 ※○をつけて ください	1 突発性発疹 2 麻しん (はしか) 3 風しん 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳	9 咽頭結膜炎 10 ヘルパンギーナ 11 熱性けいれん 12 じんましん 13 結核 14 喘息 15 アトピー性皮膚炎 16 その他 (病名)		
アレルギー	なし ・ あり (卵 ・ 乳製品 ・ ハウスダスト等 具体的に記載)			
お子さんについて心配なことがあれば具体的にお書きください				