

病児・病後児保育利用登録票

年 月 日

豊川市社会福祉事務所長 殿

	児童氏名(ふりがな)	性別	生年月日	
			年 月 日	
			愛称	
かかりつけの医師				
医療機関名		担当医師名		
既往歴(今までにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください)				
1 突発性発疹	10 川崎病【心臓合併症は あり・なし 】			
2 麻疹(はしか)	11 熱性けいれん			
3 水痘(水ぼうそう)	【初回 歳 ヲ月、最後 歳 ヲ月、これまで 回】			
4 風疹(三日ばしか)	【座薬の指示は あり・なし】			
5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	12 てんかん			
【抗体検査は あり・なし】	13 食物アレルギー			
6 百日咳	【牛乳 卵 小麦 その他()】			
7 B型肝炎(キャリアーを含む)	14 薬物アレルギー			
8 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は 毎日・不調時のみ】	【無・有()】			
9 アトピー性皮膚炎	15 その他【具体的に: 】			
登録児童	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 インフルエンザ菌b型(Hib)【1回目・2回目・3回目・追加】	7 MR(麻疹・風疹混合)【I期・II期】		
	2 小児用肺炎球菌【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】		
	3 三種混合(DPT)【I期 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】		
	4 ポリオ(生ワクチン)【1回目・2回目】	10 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)【1回目・2回目】		
	(不活化ワクチン)【1回目・2回目・3回目・追加】	11 B型肝炎【1回目・2回目・追加】		
	5 四種混合(DPT-IPV)【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	12 ロタウイルス【1回目・2回目・3回目】		
	6 BCG	13 その他【 】		
	入院経験(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 ヲ月 ・病名 】			
	【 歳 ヲ月 ・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(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)				