

病児・病後児保育室事前登録申込書

登録番号

年 月 日記入

浜松医科大学 病児・病後児保育室 御中

申請者氏名 _____ ㊞

登録児童	ふりがな 子どもの名前		愛称	性別	生 年 月 日	
				男・女	(歳 ヶ月)	
	自宅住所 (〒 -)			e-mail		
	通園・通学施設名	() 保育園・幼稚園・こども園・小学校				
	かかりつけ医	() 医院・病院・クリニック () 先生				
保護者・緊急連絡先	続柄	ふりがな 氏名	勤続先又は部署・所属	勤務先電話	携帯電話	
予防接種	三種混合	未・済 (I期) 1回 2回 3回 I期追加	経口生ポリオ	未・済 (1回 2回)		
	四種混合	未・済 (I期) 1回 2回 3回 I期追加	不活化ポリオ	未・済 (I期) 1回 2回 3回 I期追加		
	BCG	未・済	B型肝炎	未・済 (1回 2回 3回)		
	Hib	未・済 (1回 2回 3回 4回)	MR (麻疹風疹)	未・済 (1回 2回) 感染済 (麻疹 風疹)		
	肺炎球菌	未・済 (1回 2回 3回 4回)	おたふくかぜ (任意)	未・済 (1回 2回) 感染済		
	水ぼうそう	未・済 (1回 2回) 感染済	ロタウイルス (任意)	未・済		
これまでの病気	熱性けいれん	有・無 これまでの回数 回 (初回: 歳 ヶ月) (最後: 歳 ヶ月)				
	喘息 喘息様気管支炎	有 (継続治療中、悪化時治療) ・無 治療内容: 内服、吸入				
	アトピー性皮膚炎	有 (現在治療中、悪化時治療) ・無				
	入院歴	平成 年 月 病名: (歳 ヶ月) 平成 年 月 病名: (歳 ヶ月)				
常時内服している薬	常時内服している薬があれば、具体的にお書きください。(薬名・内服時間など)					
アレルギー	有・無 具体的内容 ()					
その他	発育・発達状況など、心配なことや配慮してほしいことを具体的にお書き下さい。					

※緊急連絡先には災害時に引き取りに来る可能性のある方（祖父母等）全てを記入して下さい。