

## 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。