

\_\_\_\_年度 病児・病後児保育センター利用登録票

年 月 日 記入

記入者名 \_\_\_\_\_

ふりがな					性別	生年月日				年齢	
児童氏名						令和	年	月	日生	歳	
通所施設・在宅等	通所 → 在宅	横須賀市 ( )市・町				保育園 幼稚園 小学校				クラス、学年	
保護者 (続柄) ( )	住所										
	電話番号	自宅									
		携帯									
	勤務先	名称									
電話番号											
アレルギー	なし・あり → [ ]										
熱性けいれんの既往	なし・あり → [回数: 回/初回年齢 歳/予防薬 ]										
病歴	基礎疾患	*現在通院している疾患 なし・あり → [ ]									
	既往歴	*これまでに定期的に病院に通って診察や検査、治療などを一定の期間継続して受けたことがありますか。 なし・あり → [ ]									
	常用薬	*毎日飲んでいる薬はありますか。 なし・あり → [ ]									
予防接種の回数 (※該当の回数に○を付けてください。)	Hib	0	1	2	3	4					
	肺炎球菌	0	1	2	3	4					
	四種混合	0	1	2	3	4					
	BCG	0	1								
	麻疹風疹	0	1	2							
	水痘	0	1	2							
	日本脳炎	0	1	2	3	4					
	B型肝炎	0	1	2	3						
	ロタウイルス	0	1	2	3						
	おたふく	0	1	2							
DT(二種混合)	0	1									

※ この登録票の有効期限は、\_\_\_\_年3月31日です。  
それ以降に利用する場合は、再度提出してください。