

____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。