

横浜市病児・病後児保育事業利用登録票

利用施設名

申請者(保護者)氏名

| | |
|----|-----|
| 住所 | 〒 - |
|----|-----|

| | | | | |
|-----|------|---------|----|--------|
| 保護者 | 連絡順① | 氏名 | 続柄 | 勤務先等 |
| | | 携帯電話 | - | 最寄り駅 |
| | | メールアドレス | | 勤務先等電話 |
| | | | | - |
| 保護者 | 連絡順② | 氏名 | 続柄 | 勤務先等 |
| | | 携帯電話 | - | 最寄り駅 |
| | | メールアドレス | | 勤務先等電話 |
| | | | | - |

| | | | |
|--|--|------------------------------|------------------|
| 登録児童 | ふりがな | 性別 | 年齢・生年月日 (歳 か月) |
| | 氏名 | | 年 月 日 生 |
| | 通園施設 | | 1 認可保育所 5 幼稚園 |
| | 1 保育園・幼稚園・小学校等 | 施設名 | 2 小規模保育事業 6 小学校 |
| | 2 通園・通学はしていない | 電話 | 3 横浜保育室 7 その他 |
| | | | 4 認可外保育施設 |
| | かかりつけ医 | 医療機関名 | 電話 |
| | 既往歴(今までにかかった病気の番号と【 】内に○をつけてください) ※母子手帳を確認し、記入をお願いします。 | | |
| | 1 突発性発疹 | 10 熱性けいれん | |
| | 2 麻疹(はしか) | →座薬の指示は【ない・ある(°C以上で1回目使用)】 | |
| | 3 風しん(三日ばしか) | 11 その他のけいれん | |
| | 4 水痘(水ぼうそう) | →原因病名【 】 | |
| | 5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | 12 てんかん | |
| | 6 B型肝炎(キャリアーを含む) | 13 食物アレルギー(検査最終日 年 月 日) | |
| | 7 喘息・喘息様気管支炎 | →【牛乳・卵・クルミ・小麦・その他()】 | |
| | →薬の服用は【毎日・不調時】のみ | ※生活管理指導表のコピーがある場合は提出をお願いします。 | |
| 8 アトピー性皮膚炎 | 14 薬物アレルギー →具体的に【 】 | | |
| 9 川崎病 | 15 その他のアレルギー →具体的に【 】 | | |
| →心臓合併症は【あり・なし】 | 16 その他 →具体的に【 】 | | |
| 予防接種(これまで受けた予防接種の番号と【 】内の回数に○をつけてください) | | | |
| 1 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】 | 8 ポリオ(単独)【5回目・6回目】 | | |
| 2 ロタウイルス【1回目・2回目・3回目】 | 9 BCG | | |
| 3 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】 | 10 MR(麻疹風しん)【1回目・2回目】 | | |
| 4 五種混合【1回目・2回目・3回目・追加】 | 11 水痘(水ぼうそう)【1回目・2回目】 | | |
| 5 四種混合【1回目・2回目・3回目・追加】 | 12 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)【1回目・2回目】 | | |
| 6 三種混合【5回目・6回目】 | 13 日本脳炎 I期【1回目・2回目・追加】 II期【1回】 | | |
| 7 Hib(ヒブ)【1回目・2回目・3回目・追加】 | 14 その他【 】 | | |
| 入院の経験(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 か月、病名: 】 | | |
| | 【 歳 か月、病名: 】 | | |
| 常時内服している薬 1 ない 2 ある → 具体的に【 】 | | | |
| 配慮が必要な発達障害の有無 1 ない 2 ある → 具体的に【 】 | | | |
| その他(心配なこと、配慮してほしいことなどを記入してください) | | | |

病児・病後児保育施設使用欄