登録番号				―					

三原市病児保育事業利用児童票

(ふりがな) 利用児童名	生年月日 ・　・	愛称	登録・変更日 ・　・

保護者及び緊急連絡先	(ふりがな)　　続柄		・　・
	名　前　　(　　)		・　・
	勤務先	勤務先TEL (　　)　―	・　・
		携帯　(　　)　―	・　・
	(ふりがな)　　続柄		・　・
	名　前　　(　　)		・　・
	勤務先	勤務先TEL (　　)　―	・　・
		携帯　(　　)　―	・　・

通所中の保育所（園）名 、 学校名等	ＴＥＬ（　　）　－
かかりつけ医	ＴＥＬ（　　）　－

	ワクチン接種等		接種年月日	ワクチン接種等		接種年月日
予防接種履歴等	三・四種混合(三か四に○印をして下さい)			ヒブ	１回目	年　月　日
	１期初回	１回目	年　月　日		２回目	年　月　日
		２回目	年　月　日		３回目	年　月　日
		３回目	年　月　日		４回目	年　月　日
		追　加	年　月　日	肺炎球菌	１回目	年　月　日
	二種混合		年　月　日		２回目	年　月　日
	麻疹（はしか）	１回目	年　月　日		３回目	年　月　日
	風疹（三日ばしか）	２回目	年　月　日		４回目	年　月　日
	日本脳炎		年　月　日	BCG		年　月　日
	１期初回	１回目	年　月　日	その他(インフルエンザ等)		年　月　日
		２回目	年　月　日			年　月　日
		追　加	年　月　日			年　月　日
	２期		年　月　日			年　月　日
	Ｂ型肝炎	１回目	年　月　日			年　月　日
		２回目	年　月　日			年　月　日
		３回目	年　月　日			年　月　日
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		年　月　日			年　月　日
			年　月　日			年　月　日
	水痘（みずぼうそう）		年　月　日			年　月　日
			年　月　日			年　月　日
	ロタウイルス		年　月　日			年　月　日
			年　月　日			年　月　日
			年　月　日			年　月　日

アレルギーの　（　有　・　無　）

アレルギー物質などの品名	備考

今までにかかった病気	病　　名	発症年齢	発症年月日	備　　考
	麻疹　（はしか）	歳　　か月	年　　月　　日	
	風疹　（三日ばしか）	歳　　か月	年　　月　　日	
	百日咳	歳　　か月	年　　月　　日	
	水痘　（みずぼうそう）	歳　　か月	年　　月　　日	
	流行性耳下腺炎　（おたふくかぜ）	歳　　か月	年　　月　　日	
	心臓疾患 病名 ＿＿＿＿＿＿	歳　　か月	年　　月　　日	
	肝臓疾患 病名 ＿＿＿＿＿＿	歳　　か月	年　　月　　日	
	ぜんそく等	歳　　か月	年　　月　　日	
	アトピー性皮膚炎	歳　　か月	年　　月　　日	
	その他（ＲＳウィルス等） 病名 ＿＿＿＿＿＿	歳　　か月	年　　月　　日	
	病名 ＿＿＿＿＿＿	歳　　か月	年　　月　　日	
	病名 ＿＿＿＿＿＿	歳　　か月	年　　月　　日	

常時内服している薬の有無　　有　・　無 具体的な内容 ＿＿＿＿＿＿	熱性けいれんの有無　　有　・　無 具体的な内容 ＿＿＿＿＿＿

家庭からの希望事項
保育上の配慮等