

横浜市病児・病後児保育事業利用登録票

病児・病後児保育事業実施機関名
エンジェルキッズ

申請者名

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先(勤め先等)	
	携帯電話	— —		連絡先	
	携帯アドレス			電話	()
	携帯電話	— —		連絡先	
	携帯アドレス			電話	()

登 録 児 童	児童氏名		性別	生年月日		
	(ふりがな)			平成	年 月 日生 (歳 か月)	
	住所(〒 —)		電話 ()		横浜市 区	
	通園施設等		(区)		1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他	
	1 保育所に通園している		→ 施設名		→	
	2 通園していない		電話 ()			
	3 小学校に通っている		小学校名			
	かかりつけの医師		電話 ()		担当医師名	
	医療機関名					
	既往歴(今までにかかった病気に番号と【 】の内容に○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		12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】			
	2 麻しん(はしか)		13 アトピー性皮膚炎			
	3 水痘(水ぼうそう)		14 川崎病【心臓合併症はあり・なし】			
	4 風しん(三日ばしか)		15 熱性けいれん			
	5 咽頭結膜熱(プール熱)		【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】			
	6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		【座薬の指示はある・なし】			
	7 百日咳		16 てんかん			
	8 ヘルパンギーナ		17 食物アレルギー			
	9 肺炎		【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】			
	10 とびひ		18 その他			
11 B型肝炎(キャリアーを含む)		【具体的に: 】				
予防接種(これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください)						
1 Hib【1回目・2回目・3回目・追加】		8 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】				
2 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】		9 水痘(水ぼうそう)【1回目・2回目】				
3 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		10 ロタウイルス				
4 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		11 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】				
5 ポリオ【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)				
※生ポリオの場合は2回目まで		13 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】				
6 BCG		14 その他【 】				
7 MR(麻しん風しん)【1回目・2回目】						
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(常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください)						
1 ない						
2 ある		【具体的に: 】				
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください)						