|  |
| --- |
| 登録番号　　　　　　　　　　　　　 　　羽咋市病児保育施設利用登録　　 　　 　　　有効期限　1年 |
| ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前　　　　　　　　　　　　　　  | 男 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　歳　　　か月 |
| 女 |
| 住　所 |
| 保護者等氏名＊連絡先順位で記入 | 1 | ふりがな氏　名 | 続柄 | 　 | 携帯 |
| 勤務先 | 電話番号 |
| 2 | ふりがな氏　名 | 続柄 | 　 | 携帯 |
| 勤務先 | 電話番号 |
| 3 | ふりがな氏　名 | 続柄 | 　 | 携帯 |
| 勤務先 | 電話番号 |
| 保育施設名学校・学年 |  |
| かかりつけ病院 |  |
| 感染症歴 | はしか　　　：　　　　歳　　　か月　　　　　　　　　　　　みずぼうそう　　：　　　歳　　　か月 |
| 百日咳　　　：　　　　歳　　　か月　　　　　　　　　　　　おたふくかぜ　　：　　　歳　　　か月 |
| B型肝炎　　：　　　 歳　　　か月 |
| 突発性発疹　：　　　　歳　　　か月 |
| これまでの病気 | 喘息 | 　なし・あり |
| 　毎日薬を　　　　　（飲んでいる・いない・発作時だけ　） |
| 　毎日吸入療法を　　（している・していない・発作時だけ） |
| アトピー性皮膚炎 | 　なし・あり　（内服薬・塗り薬・食事療法・治療せず） |
| 熱性痙攣 | 　なし・あり　　初回　　　歳　　か月　　　（これまでに　　　　回） |
| 　　　　　　　　最後　　　歳　　か月 |
| 　座薬の指示　（なし・あり） |
| 入院歴 | 　なし・あり |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳　　　か月 |
| 病名（　　　　　　　　　　　　　）　　　　歳　　　か月 |
| その他の病気 | 具体的に |
| 食物アレルギー |  なし・あり（食物名：　　　　　　　　　　　　 エピペン : なし・あり) 緊急時薬　なし・あり |
| 予防接種 | ヒブワクチン | 未・済（1回・2回・3回・追加） | 肺炎球菌　　　　  | 未・済（1回・2回・3回・追加） |
| BCG | 未・済 | 四種混合（DPTーIPV）  | 未・済（1回・2回・3回・追加） |
| 麻疹・風疹（MR） | 未・済（1回・2回） | 五種混合（DPT-IPVーHib） | 未・済（1回・2回・3回・追加） |
| 日本脳炎 | 未・済（1回・2回・追加） | 三種混合（DPT） | 未・済（1回・2回・3回・追加） |
| みずぼうそう | 未・済（1回・2回） | ロタウイルス | 未・済（1回・2回・3回） |
| おたふくかぜ | 未・済（1回・2回） | B型肝炎 | 未・済（1回・2回・追加） |

初日利用　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |