

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
星川小児クリニック病児保育室アニモ

申請者名

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先(勤務先の住所等)	
	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)			年 月 日生	
				(歳 か月)	
	住所(〒 -)		電 話 ()		
	通園施設等		(区)	1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他	
	1 幼稚園・保育園・小学校等に通ってる		施設名		
	2 通園等はない		電 話 ()		
	かかりつけの医師			担当医師名	
	医療機関名		電 話 ()		
	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		10 熱性けいれん		
	2 麻疹(はしか)		【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】		
	3 水痘(水ぼうそう)		【座薬の指示は ない・ある】		
	4 風しん(三日ばしか)		11 てんかん		
	5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		12 食物アレルギー等(検査最終日 年 月 日)		
6 B型肝炎(キャリアーを含む)		【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】			
7 喘息・喘息様気管支炎		13 その他			
【薬の服用は毎日・不調時のみ】		【具体的に: 】			
8 アトピー性皮膚炎					
9 川崎病					
【心臓合併症は あり・なし】					
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【1回目・2回目・3回目】			
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 コロナ【最近受けたのは 年 月】			
7 MR(麻疹風しん)【1回目・2回目】		15 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(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)					

病児・病後児保育事業実施機関使用欄