

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

申請者名

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

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 保育所に通園している → 施設名		→		1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他
	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				
	医療機関名		電 話 ()		担当医師名
	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 麻疹（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（麻疹風しん）【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)					