



延岡市病児・病後児保育事業利用登録申請書兼台帳

年 月 日

ふりがな 児 童 名	男 女	(才 カ月) 年 月 日生
かかりつけ医	入所保育所、幼稚園、認定こども園、小学校等	
保護者住所	〒 ー	
ふりがな 保護者氏名	印	Tel :
健康保険証	種類 : 記号・番号	
緊急連絡先	1. Tel : 勤務先 : Tel :	
	2. Tel : 勤務先 : Tel :	

アレルギー体質の有無 無 ・ 有 (詳細に)
注意してほしい点

●既 往 症 (これまでかかった病気すべてに○を付けてください。)

1 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	2 風しん (三日ばしか)	3 麻しん (はしか)	4 手足口病
5 水ぼうそう	6 咽頭結膜炎プール熱	7 喘息	8 食物アレルギー ()
9 アトピー性皮膚炎	10 感染性紅はりんご病	11 ヘルパンギーナ (夏かぜ)	12 結核
13 熱性けいれん	14 川崎病	15 溶連菌感染症	16 突発性発疹
17 百日咳	18 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎 他)		
19 その他 ()			

●予 防 接 種 (これまで受けたものの番号と、右の欄の当てはまるものに○を付けてください。)

1	ヒブワクチン	1回目	2回目	3回目	追加
2	小児用肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
3	BCG	済	未		
4	DPT・IPV4種混合* (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	1回目	2回目	3回目	追加
5	DPT3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回目	2回目	3回目	追加
6	不活化ポリオ	1回目	2回目	3回目	追加
7	MR2種混合 (麻しん・風しん)	1期	2期		
8	日本脳炎	1回目	2回目	3回目	
9	インフルエンザ	1回目	2回目		
10	その他 ()				

*DPT・IPV4種混合は、原則PDTとポリオの両ワクチンを一度も接種していない人が対象です。

