



えんキッズ病後児保育事業利用登録申請書兼台帳

【 新規登録 ・ 再登録 】		登録番号	登録日	年	月	日
ふりがな 児童名				男 女	( 才 ヶ月 ) 年 月 日生	
かかりつけ医				通園・通学施設名		
保護者住所	〒 -					
ふりがな 保護者氏名				TEL		
緊急連絡先	1. 名前 (続柄 ) TEL: 勤務先: TEL:					
	2. 名前 (続柄 ) TEL: 勤務先: TEL:					
アレルギーの有無 注意してほしいこと	無 ・ 有 (食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・動物アレルギー 気管支喘息・アレルギー性鼻炎・その他 ) 原因食品名( ) 症状 ( ) ※アナフィラキシーショック起こしたことがある・ない 回数 ( 回 ) 最終受診 ( 年 月 ) 症状 (せき込み・呼吸困難・意識もうろう・その他 )					
定期的を使用している薬 (内服・塗薬・吸入薬等)	無 ・ 有 ( )					

●既往歴 (これまでにかかった病気のすべてに○を付けてください)

熱性けいれん (いつ、どんな時 )					
溶連菌感染症	ヘルパンギーナ(夏風邪)		麻しん (はしか)	風しん	手足口病 咽頭結膜熱
突発性発疹	百日咳	川崎病	アデノウイルス	RSウイルス	水ぼうそう
りんご病	おたふく風邪		インフルエンザ	コロナウイルス	ウイルス性胃腸炎
気管支炎・肺炎	喘息	咽頭炎・扁桃炎・上気道炎		喘息性気管支炎	アトピー性皮膚炎
その他 ( )					
●入院歴	無 ・ 有 ( )				
●手術歴	無 ・ 有 ( )				

●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・小児肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
2	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
3	ロタウイルス	1回目	2回目	3回目	
4	5種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・ヒブ)	1回目	2回目	3回目	1期追加
5	4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	1期追加
6	3種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	1回目	2回目	3回目	
7	2種混合 (ジフテリア・破傷風)	2期			
8	BCG	済	未		
9	MR混合 (麻しん・風しん)	1期	2期		
10	水痘	1回目	2回目		
11	日本脳炎	1回目	2回目	1期追加	2期
12	その他 ( )				