

# 延岡市病児保育事業利用登録申請書兼台帳

記入日 令和 年 月 日

フリガナ 利用児氏名		性別	男・女	生 年 月 日	H・R 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
かかりつけ 病院	通っている 保育園、幼稚園、 小学校、等の名称				
保護者住所	〒				
フリガナ 保護者氏名				印	TEL:
健康保険証	種類: 記号・番号				
緊急連絡先	1	続柄( )		TEL:	
	2	続柄( )		TEL:	
アレルギー体質の有無 無 ・ 有 (詳細に ) 注意して欲しい点					
既往症 (これまでかかった病気すべてに☑をつけてください)					
<input type="checkbox"/> 1. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 2. 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 3. 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 4. 手足口病 <input type="checkbox"/> 5. 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 6. 咽頭結膜炎プール熱 <input type="checkbox"/> 7. 喘息 <input type="checkbox"/> 8. 食物アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 9. アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 10. 感染性紅はんりんご病 <input type="checkbox"/> 11. ヘルパンギーナ(夏風邪) <input type="checkbox"/> 12. 結核 <input type="checkbox"/> 13. 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 14. 川崎病 <input type="checkbox"/> 15. 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 16. 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 17. 百日咳 <input type="checkbox"/> 18. 異型肺炎 <input type="checkbox"/> 19. その他( ) (マイコプラズマ肺炎 他)					
予防接種 (これまで受けたものの番号と、右欄の当てはまるものに☑をつけてください)					
<input type="checkbox"/> 1 ヒブワクチン				<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	
<input type="checkbox"/> 2 小児用肺炎球菌				<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	
<input type="checkbox"/> 3 BCG				<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	
<input type="checkbox"/> 4 DPT・IPV4種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) *注				<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	
<input type="checkbox"/> 5 DPT3種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風)				<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	
<input type="checkbox"/> 6 不活性ポリオ				<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加	
<input type="checkbox"/> 7 MR2種混合(麻疹・風疹)				<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期	
<input type="checkbox"/> 8 日本脳炎				<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目	
<input type="checkbox"/> 9 インフルエンザ				<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目	
<input type="checkbox"/> 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。