

(様式第1号)

平成 年 月 日

(保護者記載用)

長野松代総合病院保育所「バオバブのおうち」病児・病後児保育 事前登録申請書

ふりがな お子さんの名前 (愛称)		性別 男・女	生年月日 (歳 ヶ月) 平成 年 月 日				
ふりがな 児との続柄 保護者氏名 (印) ()		ふりがな 児との続柄 保護者氏名 (印) ()					
住所		住所					
自宅: 携帯:		自宅: 携帯:					
勤務先: 電話:		勤務先: 電話:					
今までに接種したワクチンに○をつけ、接種時の年齢(月齢迄)を記入して下さい。(記入例: 2歳5ヶ月)		今までにかかった病気に○をつけ、かかった時の年齢(月齢迄)を記入して下さい。(記入例: 2歳5ヶ月)					
麻疹(はしか)・風疹(三日ばしか)	有・無	歳	ヶ月	突発性発疹	有・無	歳	ヶ月
BCG	有・無	歳	ヶ月	麻疹(はしか)	有・無	歳	ヶ月
ポリオ	有・無	歳	ヶ月	水痘(水ぼうそう)	有・無	歳	ヶ月
水痘(水ぼうそう)	有・無	歳	ヶ月	風疹(三日ばしか)	有・無	歳	ヶ月
流行性耳下腺炎(おたくふくかぜ)	有・無	歳	ヶ月	流行性耳下腺炎(おたくふくかぜ)	有・無	歳	ヶ月
日本脳炎	有・無	歳	ヶ月	百日咳	有・無	歳	ヶ月
3種混合	有・無	歳	ヶ月	咽頭結膜熱(プール熱)	有・無	歳	ヶ月
4種混合	有・無	歳	ヶ月	手足口病	有・無	歳	ヶ月
インフルエンザ	有・無	歳	ヶ月	ヘルパンギーナ	有・無	歳	ヶ月
ロタウイルス	有・無	歳	ヶ月	伝染性紅斑(りんご病)	有・無	歳	ヶ月
B型肝炎	有・無	歳	ヶ月	異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)	有・無	歳	ヶ月
脱臼の有無 (有:部位 / 無)				結核	有・無	歳	ヶ月
ヘルニアの有無 (有:部位 / 無)				川崎病	有・無	歳	ヶ月
ひきつけの有無 (有 / 無)				熱性けいれん(ひきつけ)	有・無	歳	ヶ月
診断名:				アレルギー体質の有無 (有 / 無)			
過去 回 最後の発作 年 月				アレルギーのある方のみ記載			
けいれん止めの坐薬名:				病名:			
使用方法(熱が何度になったら使用、使用量など)				アレルギー:			
				症状:			
加入の健康保険について							
記号:	番号:			薬によるアレルギーがある場合は記入してください (合わない薬・使用できない薬品名)			
保険者名称:							
保険者番号:							
過去に大きな病気・けがをしたことがある				(年 月頃 病名:)			
(年 月頃 病名:)				(年 月頃 病名:)			
その他(気にかかる事など何でも記入してください)							

※事前登録は年度毎となりますので、新年度になりましたら再度申請をお願いします。