

## 病後児保育事業登録申請書及び既往歴等について

いかわこども園 園長 様

病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録の申請をします。

申請者 (保護者)	(フリガナ)		住所	〒 —			
	氏名						
	続柄		TEL	— —			
児童	(フリガナ)		生年月日		平成・令和 年 月 日		
	氏名		性別	男・女	年齢	歳	通園 施設名

既往歴（今までにかかった病気の番号を「○」をつけてください）

1 突発性発疹		初回	歳
2 麻疹（はしか）	11 熱性けいれん	最後は	歳
3 水痘（みずぼうそう）		これまでに	回
4 風疹（三日ばしか）	12 食物アレルギー		
5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）			
6 百日咳			
7 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んで いる・いない・発作時だけ) (毎日吸入療法をして いる・いない・発作時だけ)			
8 アトピー性皮膚炎 (治療薬は、内服薬・食事療法)	13 その他の既往歴		
9 川崎病（心臓合併症 あり・なし）			
10 B型肝炎（キャリアー ・キャリアーでない）			
11 手術経験（ ）			

予防接種の状況（これまでに受けたものに「○」をつけ、接種年月日を記入してください。）

BCG		年 月 日	MRワクチン	1回目	年 月 日
四種混合	初回	年 月 日	(麻疹風疹混合)	2回目	年 月 日
	2回目	年 月 日		日本脳炎	1期(1)
	3回目	年 月 日	1期(2)		年 月 日
	追加	年 月 日	追加		年 月 日
小児肺炎球菌	初回	年 月 日	インフルエンザ菌 b型	初回	年 月 日
	2回目	年 月 日		2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日		3回目	年 月 日
	追加	年 月 日		追加	年 月 日
水痘		年 月 日	B型肝炎		年 月 日
おたふくかぜ		年 月 日	その他( )		年 月 日