

横浜市病児・病後児保育事業利用登録票

病児・病後児保育事業実施機関名
横浜こども病児保育室レインボー

保 護 者	保護者氏名		続柄	その他緊急連絡先(職場、祖父母等)	
	①			連絡先③	
	携帯電話	— —		電 話	()
	ご登録アドレス→ 枠外※1に大きくご記入ください。				
	②			連絡先④	
	携帯電話	— —		電 話	()
	連絡先予備アドレス				

登 録 児 童	児童氏名		性別	生年月日	
	(ふりがな)			平成	年 月 日生
				(歳	か月)
	住所(〒 —)		電 話 ()		
	横浜市 区				
	通園施設等		(区)	【 1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他】	
	1 保育所に通園している → 施設名		→		
	2 通園していない		電 話 ()		
	3 小学校に通っている		小学校名		
	かかりつけの医師				
	医療機関名		電 話 ()	担当医師名	
	既往歴(今までにかかった病気に番号と【 】の内容に○をつけてください) ※母子手帳を確認し、記入をお願いします。				
	1 突発性発疹		12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は毎日・不調時のみ】		
	2 麻疹(はしか)		13 アトピー性皮膚炎		
	3 水痘(水ぼうそう)		14 川崎病【心臓合併症はあり・なし】		
	4 風しん(三日ばしか)		15 熱性けいれん		
	5 咽頭結膜熱(プール熱)		【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】		
	6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		【座薬の指示はある・なし】		
	7 百日咳		16 てんかん		
	8 ヘルパンギーナ		17 食物アレルギー		
9 肺炎		【牛乳・卵・大豆・小麦・その他()】			
10 とびひ		18 その他			
11 B型肝炎(キャリアーを含む)		【具体的に： 】			
予防接種(これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください)					
1 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		7 水痘(水ぼうそう)			
2 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】		8 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)			
3 ポリオ【1回目・2回目】		9 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】			
4 BCG		10 Hibワクチン			
5 MR(はしか・風しん)		11 小児用肺炎球菌			
6 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】		12 その他【 】			
入院の経験(入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください)					
1 ない					
2 ある 【 歳 か月、病名 】					
【 歳 か月、病名 】					
常時内服している薬(常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください)					
1 ない 2 ある【具体的に： 】					
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください)					

※1 ご登録メールアドレスご記入欄(ハイフンやアンダーバーなど記号は分かりやすくご記入ください)