

浦安市病後児保育事業利用登録書

年 月 日

浦安市長 様

住 所

ふりがな

氏 名

電 話

病後児保育事業を利用したいので、登録します。

ふりがな	男	生年月日	年	月	日生
乳幼児氏名	女	お子さんの愛称			
保護者氏名・父	(歳)	母	(歳)		
自宅住所		自宅電話			
緊急連絡先					
父・勤務先名		電話			
母・勤務先名		電話			
その他・氏名		(続柄) 電話			
保育所(園)名		電話			
その他		電話			
かかりつけ医		電話			
既往歴					
突発性発疹	歳	月	百日せき	歳	月
麻 疹	歳	月	風 疹	歳	月
流行性耳下腺炎	歳	月	喘息性気管支炎	歳	月
水 痘	歳	月	その他		
予防接種					
ヒブ	未・既	MR (麻疹、風疹)		未・既	
小児用肺炎球菌	未・既	BCG		未・既	
4種混合	未・既	日本脳炎		未・既	
3種混合・ポリオ	未・既	その他(任意)			
体質傾向					
アレルギー	有 ()・無				
けいれん	有 (有熱・無熱・いつ		何回)・無		
入 院	有 (病名		歳 月)・無		
ぜんそく	有 (歳より 発作の頻度)・無		
しっしん	嘔吐		扁桃腺肥大		
食欲		睡眠			
くせ		便通			
その他					