

まりあ保育園 病後児保育登録票

令和 年 月 日記入

<small>ふりがな</small> 児童名 _____ 愛称 _____ 生年月日 平成・令和 年 月 日生		男・女 通所先	病院名 Tel _____	かかりつけ医				
住所	〒 _____	電話	自宅 携帯(父・母) _____					
緊急連絡先	氏名	続柄	勤務先	電話	※優先順位			
				(勤務先)				
				(携帯)				
				(勤務先)				
				(携帯)				
				(勤務先)				
予防接種	ワクチンの種類		接種年月日		ワクチンの種類		接種年月日	
	B型肝炎	1回目			BCG			
		2回目			四種混合 (DPT+不活化ポリオ)	1回目		
		3回目				2回目		
				3回目				
	ロタウイルス □1価(2回) □5価(3回)	1回目				追加		
		2回目						
		3回目						
	Hib (インフルエンザ菌b型)	1回目			おたふくかぜ		1回目	
		2回目					2回目	
		3回目			水痘(みずぼうそう)		1回目	
		追加					2回目	
肺炎球菌	1回目			日本脳炎		1回目		
	2回目					2回目		
	3回目					追加		
	4回目			MR(麻疹・風疹)		1回目		
						2回目		
インフルエンザ		最近受けたのは ____年__月						
・妊娠中および出産時に何か異常がありましたか なし・あり [_____] ・在胎期間 _____ 週 _____ 日 ・子どもの平熱(____℃) ・生下時体重(____g) 生下時身長(____cm) ・現在の体重(____g) 現在の身長(____cm) ・体質、その他気になること [_____]								

※緊急連絡先は、優先順位を番号でご記入ください。1番の連絡先から順にお電話させていただきます。

※ご記入にあたってご不明な点は、お問い合わせください

