

様式第1号（第5条関係）

平成 年度（ 年度）豊中市病児保育利用登録票

※該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

登録 児童	ふりがな		愛称	性別	生年月日		
	氏名			男・女	(才)		
	自宅住所(〒 -)						
	自宅電話番号						
	通園施設名称) こども園、保育所・園、幼稚園、小学校				
	かかりつけ医		病院・医院・クリニック				
保護 者	ふりがな 氏名				続柄	父・母 その他(
	携帯番号	勤務先・部署:					
	メールアドレス	電話番号:					
	その他連絡先① 電話番号		ふりがな 氏名		続柄	父・母 その他(
	その他連絡先② 電話番号		ふりがな 氏名		続柄	父・母 その他(
予防 接種	三種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア)	未・済 (1期: 1回 2回 3回、1期追加)					
	四種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ)	未・済 (1期: 1回 2回 3回、1期追加)					
	ポリオ(生)	未・済 (1回 2回) 最終接種日: 年 月 日					
	ポリオ(不活化)	未・済 (1期: 1回 2回 3回、1期追加)					
	B C G	未・済	流行性耳下腺炎(おたふく)		未・済		
	麻疹・風疹混合(MR)	未・済	水痘(水ぼうそう)		未・済		
	日本脳炎	未・済 (1期: 1回 2回、1期追加)					
既往 歴	1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 風疹 4. 水痘(水ぼうそう) 5. 流行性耳下腺炎(おたふく) 6. 熱性けいれん 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息 9. その他() 10. ひきつけ(診断名:) (熱()℃でひきつける)						
ア レ ル ギ ー	アレルギー(ない・ある(具体的に記入してください): ある場合 専門機関での受診(ない・ある) 病院名() 診断名() 主な症状() ※食物アレルギーの方は、別紙の除去食品チェック表に記入してください。						
	薬物アレルギー(ない・ある(薬の名前など具体的に記入してください):						
	アレルギー体質のある方は、アレルゲン(原因となるもの)について具体的に記入してください:						
そ の 他	常時服用している薬(ない・ある(具体的に記入してください):						
	食事制限 (ない・ある(具体的に記入してください):						
	気にかかる事、保育で気を付けてほしいことなどを記入してください:						