様式第１号（第５条関係）

令和　　　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：電話番号： |
| メールアドレス |  |
| 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回　２回　３回　、追加　） |
| 四種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ） | 未　・　済　（１回　２回　３回　、追加　） |
| 五種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ・ヒブ） | 未　・　済　（１回　２回　３回　、追加　） |
| ポリオ（不活化） | 未　・　済　（１回　２回　３回　、追加　） |
| ＢＣＧ | 未　・　済 | 流行性耳下腺炎（おたふく） | 未　・　済 |
| 麻疹・風疹混合（ＭＲ） | 未　・　済　（１期　　２期　） |
| 水痘（水ぼうそう） | 未　・　済　（１回　２回　） |
| 日本脳炎 | 未　・　済　（１期：　１回　２回　、１期追加　） |
| 肺炎球菌 | 未　・　済　（１回　２回　３回　、追加　） |
| Hib(ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌b型) | 未　・　済　（１回　２回　３回　、追加　） |
| Ｂ型肝炎 | 未　・　済　（１回　２回　３回　） |
| ロタウイルス | １価 | 未　・　済　（１回　２回　） |
| ５価 | 未　・　済　（１回　２回　３回　） |
| 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： |