

病後児保育児童票(登録書)

児童氏名	フリガナ	男・女	愛称		平熱	℃
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)			体重	kg	
保護者	父親氏名	自宅住所 及び連絡 先	住所			
	母親氏名		Tel			
			父携帯			
			母携帯			
保護者勤務先	父会社名		電話番号			
	母会社名		電話番号			
緊急連絡先	1、 2、 3、					
現在通っている所				保育園(所)・幼稚園・小学校		
	予防接種済年月日	感染済		予防接種済年月日	感染済	
B型肝炎	(/)(/)(/)		MR	(/)(/)		
ヒブ	(/)(/)(/)(/)		ロタ	1価(/)(/)		
4種混合	(/)(/)(/)(/)			5価(/)(/)(/)		
小児肺炎球菌	(/)(/)(/)(/)		日本脳炎	(/)(/)(/)(/)		
BCG	(/)(/)		流行性耳下腺炎(任意)	(/)(/)		
インフルエンザ(任意)	(/)(/)		髄膜炎菌(任意)	(/)		
新型コロナ(任意)	(/)(/)(/)(/)					
周産期	・妊娠中の異常 なし ・ あり () ・出生時の体重 (g) ・出産時期 予定どおり ・ 日早かった、遅かった(在胎 週) ・出産時の異常 なし ・ あり ()					
これまでの病気	熱性けいれん	なし ・ あり (初回 歳 か月、最後 歳 か月 合計 回)				
	その他					
アレルギー	食物	なし ・ あり 食事の制限程度				
	その他					
備考(その他、気を付けていること、連絡しておきたいことを記入して下さい。)						

登録番号