様式第１号（第９条関係）

田原本町長　殿

登録番号

病後児保育登録申込書

ふりがな 児童名 ・性別	男・女	保護者名	
生年月日	年　月　日	住　　所	
保育所名		連絡先	父携帯(　　－　　－　　) 母携帯(　　－　　－　　)

◎かかった病気と予防接種

予防接種	感　染
ロタウイルス	（済・未）　（あり・なし）
B型肝炎	（済・未）　（あり・なし）
五種混合	（済・未）　（あり・なし）
（百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ・ヒブ）	
小児用肺炎球菌	（済・未）　（あり・なし）
四種混合	（済・未）　（あり・なし）
（百日咳・破傷風・ジフテリア・ポリオ）	
ヒ　ブ	（済・未）　（あり・なし）
ＢＣＧ	（済・未）　（あり・なし）
水　痘	（済・未）　（あり・なし）
MR（麻しん・風しん）	（済・未）　（あり・なし）
日本脳炎	（済・未）　（あり・なし）
そ の 他（　　）	

◎ひきつけの有無

・有　過去　　回
　最近の発作　　年　月
　診断名（　　）
　けいれん止めの薬（座薬含む）
　薬品名（　　）
　使用方法（熱や使用量など）
　（　　）

・無

◎平　熱　　℃

◎アレルギー（特異）体質の有無について

・アレルギー性の病気の経験がありますか。あれば、病名及びアレルゲン（原因となるもの）等、具体的に記入してください。
また、食物アレルギーにより除去が必要な食品についても記入してください。

病名

アレルゲン等

除去する食品等

・薬物アレルギーの経験があれば記入してください。

使用できない薬品名（合わない薬を含む。）

◎過去の入院又は大きな病気
（肝炎・心臓疾患など）

◎その他（持病など）必要とする配慮

上記により病後児保育の登録を申し込みます。

年　　月　　日

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿