

まりあ保育園 病後児保育登録票

令和 年 月 日記入

ふりがな 児童名 _____ 愛称 _____ 生年月日 平成・令和 年 月 日生		男・女 通所先	Tel _____	かかりつけ医 病院名 _____ Tel _____		
住所	〒 _____		自宅 携帯(父・母) _____	電話		
緊急連絡先	フリガナ 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)		
				(携帯)		
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			1回目	
		3回目			2回目	
	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 1価(2回) <input type="checkbox"/> 5価(3回)	1回目		<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 五種混合	3回目	
		2回目			追加	
		3回目				
	おたふくかぜ	1回目		Hib (インフルエンザ ^a 菌b型) ※2024.4~五種混合 に含まれる	1回目	
		2回目			2回目	
		3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					
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

