

㊦病児保育登録申請書
(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

(あて先) ふたばすまいるキッズ 施設長

年 月 日

フリガナ 氏名 (子)	男 女	愛称	生年月日 (歳 年 月 日生 (歳 か月)
住 所		TEL	
保育施設、学校等名		TEL	
世帯 の 状 況	氏名 (父)		勤務先 TEL
	氏名 (母)		勤務先 TEL
	同居家族 (氏名 続柄) (氏名 続柄)		
	(氏名 続柄) (氏名 続柄)		
(氏名 続柄) (氏名 続柄)			
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号
緊急連絡先		TEL	
かかりつけ医	医療機関名		TEL
	医師名		
生 育 歴	出生時体重 (g) 出生週数(週 日)		
	栄養法 (母乳・人工・混合)		
	離乳食開始時期 (現在離乳食期の場合記入してください)		
	前期 (目安5~6か月) : か月 中期 (目安7~8か月) : か月 後期 (目安9か月~) : か月		
入院歴 ()			
その他伝えておきたいこと ()			
既往 歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 ()		
食 事	嫌いな食べ物 () アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソバ類 その他 ()		
そ の 他	注意事項		

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

(全員共通)	
BCG	未 ・ 済
ヒブ (五種混合接種の方は記載不要です)	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 1回 ・ 2回
ロタウイルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回
(①ロタリックス、②ロタテック)	
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加 ・ 第2期
(年齢により異なるもの)	
ポリオ (生ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ (不活化ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合 / 四種混合 / 五種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合、四種混合、五種混合はいずれかを○で囲んでください。	
四種混合、五種混合接種の方は、ポリオについての記載は不要です。	
その他のワクチン (コロナ・インフルエンザ等、一年以内の接種)	項目・接種日を記入してください ワクチン名 () 接種日 (年 月 日) () (年 月 日) () (年 月 日) () (年 月 日) () (年 月 日)