

長野赤十字病院病後児保育室ゆりかご登録申請書

年 月 日

ふりがな お子さんの氏名	性別		通園施設の名称	
	男・女		保育園 幼稚園	
生年月日	年 月 日	歳	園の所在地	
保護者住所	〒 -			
保護者氏名				
緊急連絡先 <small>必ず連絡がとれるものを記入してください</small>	①氏名	(続柄)	電話( )	携帯・自宅・勤務先
	②氏名	(続柄)	電話( )	携帯・自宅・勤務先
	③氏名	(続柄)	電話( )	携帯・自宅・勤務先
お子さんの健康保険	記号	番号	保険者番号	保険者名称
出生時の状況	妊娠中及び出産時に何か異常がありましたか。 有 ( ) ・ 無			
	出生時の体重 ( g ) 身長 ( cm )			

予防接種及び今までにかかった病気(※ 母子手帳を参考に記入 または 母子手帳のコピー添付)

今までに接種したワクチンの接種年月日を記入してください ※			今までにかかった病気のかかった時の年齢を記入してください ※		
ジフテリア	第1期 1回	年 月 日	突発性発疹	歳	ヶ月
百日せき	第1期 2回	年 月 日	麻疹(はしか)	歳	ヶ月
	破傷風	第1期 3回	水痘(水ぼうそう)	歳	ヶ月
ポリオ	第1期 追加	年 月 日	風疹(三日ばしか)	歳	ヶ月
BCG		年 月 日	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	歳	ヶ月
麻疹(はしか)	第1期	年 月 日	百日咳	歳	ヶ月
	第2期	年 月 日	咽頭結膜炎(プール病)	歳	ヶ月
水痘	1回	年 月 日	手足口病	歳	ヶ月
	2回	年 月 日	ヘルパンギーナ	歳	ヶ月
日本脳炎	第1期 1回	年 月 日	伝染性紅斑(りんご病)	歳	ヶ月
	第1期 2回	年 月 日	異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)	歳	ヶ月
	第1期 追加	年 月 日	結核	歳	ヶ月
インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回	年 月 日	川崎病	歳	ヶ月
	2回	年 月 日	熱性けいれん(ひきつけ)	歳	ヶ月
	3回	年 月 日	アトピー性皮膚炎	歳	ヶ月
	追加	年 月 日	脱臼の有無		
B型肝炎	1回	年 月 日	有 部位( ) ・ 無		
	2回	年 月 日	ヘルニアの有無		
	3回	年 月 日	有 部位( ) ・ 無		
ロタウイルス		年 月 日	過去に大きな病気・けがをしたことがある 有 ・ 無		
おたふくかぜ		年 月 日	歳 ヶ月頃		
インフルエンザ		年 月 日			
ひきつけ 有 ・ 無			アレルギー 有 ・ 無		
過去 回			アレルギーのある方は、病名、アレルゲン(原因となるもの)と症状を具体的に記入してください。		
最後の発作 年 月 ( 歳 ヶ月)					
診断名					
けいれん止めの薬名					
使用方法(熱が何度になったら使用、使用量など)			薬によるアレルギーがある場合は記入してください。 合わない薬 使用できない薬		

その他(気にかかる事などなんでも記入してください)