登録番号			カルテ番号 (台帳番号)		
	－	－			
	－	－			
	－	－			
	－	－			
	－	－			
	－	－			

新潟市病児・病後児保育事業　事前登録票

(宛先) 新 潟 市 長　　令和　　年　　月　　日

市内全ての病児・病後児保育施設で利用を可能とするため，本登録票の情報を全施設で共有することに同意します。	
(申込者) 氏名	(自署)

※太線内に記入してください

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日
	児童氏名			男 女	H・R　・　・ (　歳　カ月)
	自宅住所	〒 (　－　)			
	自宅電話				
	通園施設名	(　) 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校 ／ 在宅			
	かかりつけ医	(　) 医院・病院・クリニック　(　)先生			

緊急連絡先	父	氏　名:	母	氏　名:
		勤務先名:		勤務先名:
		勤務先電話		勤務先電話
		携帯電話:		携帯電話:

新生児期	出生時の異常 (有・無)	発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない

予防接種	B型肝炎	受けた(1・2・追加) ・ 受けていない	MR(麻疹・風疹混合)	1期 ・ 2期
	ロタウイルス	受けた ・ 受けていない	水ぼうそう	受けた(1 ・ 2) ・ 受けていない
	小児用肺炎球菌	受けた ・ 受けていない	おたふくかぜ	受けた(1 ・ 2) ・ 受けていない
	五種混合	受けた(Ⅰ期 1・2・3・Ⅰ期追加)・受けていない	日本脳炎	1期初回 ・ 1期2回 ・ 1期追加
	BCG	受けた ・ 受けていない	はしか(麻疹)・風疹	受けた ・ 受けていない
	ヒブ	受けた ・ 受けていない	ポリオ	受けた ・ 受けていない
	四種混合	受けた(Ⅰ期 1・2・3・Ⅰ期追加)・受けていない		
	三種混合	受けた ・ 受けていない		

これまでにかかった主な感染症や病気　有 ： かかった病気に○をつけてください ・ 無

1. 突発性発疹　2. はしか　3. 風疹　4. 水ぼうそう(いつ　年　月)　5. おたふくかぜ(いつ　年　月)
6. 熱性けいれん(回数　回)　(最後はいつ　年　月　日)　(座薬の指示 有・無)
7. アトピー性皮膚炎
8. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)
9. その他(　)

入院したこと	ない・ある　(病名:　歳　カ月)　(病名:　歳　カ月)	(病名:　歳　カ月)　(病名:　歳　カ月)
常時服用している薬	ない・ある(具体的に:　)	
食事制限	ない・ある(具体的に:　)	
その他	体質(薬物アレルギー等)や，くせなど心配なこと，配慮してほしいことについて具体的にお書きください	

受付日	.　.	受付施設		処理	