

高松市病児保育事業登録申出書

ふりがな		生年月日		年 月 日	
児 童 氏 名		性別	男・女	年齢	歳 月
自 宅 住 所					
電 話 番 号					
保育所（こども園・幼稚園・小学校）名					
かかりつけの医療機関名					
保護者氏名		続柄（ ）	勤務先名		
			勤務先電話番号		
			携帯電話番号		
		続柄（ ）	勤務先名		
			勤務先電話番号		
			携帯電話番号		
		続柄（ ）	勤務先名		
			勤務先電話番号		
			携帯電話番号		
既往症（今までにかかった病気すべてに○を付けてください。）					
1 突発性発疹 2 麻疹（はしか） 3 風疹					
4 水痘（みずぼうそう） 5 先天性疾患 6 熱性けいれん					
7 マイコプラズマ肺炎 8 喘息 9 てんかん					
10 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 11 川崎病					
12 治療中の慢性疾患（詳細に ）					
13 その他（ ）					
14 該当なし					
アレルギー体質の有無		有（詳細に ） ・ 無			
アナフィラキシーショックの有無		有 ・ 無			
予防接種（これまでに受けたものすべてに○を付けてください。）					
1 BCG 2 四種混合（1・2・3・追加）					
3 小児用肺炎球菌ワクチン（1・2・3・追加） 4 B型肝炎ワクチン（1・2・3）					
5 ロタウイルスワクチン（1価：1・2、5価：1・2・3）					
6 ヒブワクチン（1・2・3・追加） 7 MRワクチン（麻疹・風疹）（1・2）					
8 水痘（みずぼうそう）（1・2） 9 日本脳炎（1・2・追加・2期）					
10 二種混合					
11 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）（1・2） 12 三種混合					
13 その他（ ）					
注意して欲しい点					