

年度

病児・病後児保育登録申請書

登録番号

京都済生会病院院長殿

年 月 日記入

申請者(保護者)氏名

印

〒

住所

電話

ふりがな 児童名	男・女	申請者との続柄	
生年月日	平成・令和	年	月 日
在保育所・幼稚園名	保育園(所)・	幼稚園・	小学校
かかりつけ 医療機関	医療機関名 電話	担当医師	
緊急連絡先	名前	続柄	電話
	名前	続柄	電話
	名前	続柄	電話

出生時の状況	妊娠中の異常 無・有() 出産時の異常 無・有() 出産時の体重 g
発育・発達	首のすわり か月・寝返り か月・はいはい か月・歩行 か月 最近受けた検診()その結果()
今までにかかった 病気	○をつけてください。()内はかかった歳 突発性発疹()・麻疹()・風疹()・手足口病() 水疱瘡()・おたふく風邪()・百日咳()・結核() その他()
予防接種	終了したものに○をつけてください。 BCG・不活化ポリオ(1期初回 1回・2回・3回・追加)・ロタウイルス(1回・2回・3回) 三種混合/四種混合(1期初回 1回・2回・3回・一期追加)・肺炎球菌(1回・2回・3回・追加) ヒブ(1回・2回・3回・追加)・MR…麻疹と風疹の混合(1期・2期)・水疱瘡(1回・2回)・おたふく風邪 B型肝炎 日本脳炎(1期初回 1回・2回・追加・2期 1回)
アレルギー	無・有() 治療・除去食等()
喘息	無・有() ←吸入・常時薬等があればお書きください。
けいれん	無・有(いつ・何分・どんな・受診病院・ダイアップ使用有無) ・ダイアップ坐薬の指示 なし あり()°Cで 1回・2回使用 ・解熱剤/坐薬 ()°Cで必ず使用 様子次第で使用
かかりやすい病気	(平熱 度)
その他	くせ等心配なこと、配慮して欲しいこと等ご記入ください。