

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。

※太線内に記入してください

(申込者) 氏名	
----------	--

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
	ヒブ	受けた・受けていない	日本脳炎	1期初回・1期2回・1期追加
	四種混合	受けた(1期1・2・3・1期追加)・受けていない	はしか(麻疹)・風疹	受けた・受けていない
	BCG	受けた・受けていない		
	三種混合	受けた・受けていない		
	ポリオ	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書きます
-----	---

受付日		受付施設		処理	
-----	--	------	--	----	--