

乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録申込書

					番号
ふりがな				生	
対象児氏名				年月日	
所属保育所		組名		愛称	
電話					
医療機関名	涼楓会 にしむら小児科			電話 0729-78-6597	
保護者住所				電話	
保護者氏名					
緊急連絡先住所 氏名				電話	

既往歴(今までにかかった病気、手術などに○を付けてください。)

- 1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風疹(3日ばしか)
 5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 6 百日せき 7 咽頭結膜炎 8 手足口病
 9 ヘルパンギーナ 10 喘息 11 伝染性紅斑(リンゴ病) 12 アトピー性皮膚炎
 13 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) 14 結核 15 川崎病
 16 熱性けいれん(ひきつけ) 17 その他(

予防接種(今までに受けたものに○を付けてください。)

ロタ ヒブ 肺炎球菌 四種混合 B型肝炎 BCG(結核)
 麻疹・風疹 水痘 流行性耳下腺炎(おたふく)
 日本脳炎 インフルエンザ

食物アレルギー