

松山市病児・病後児保育利用登録台帳

年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象児氏名		年 齢	歳 月
通園保育園等名	(電話 —)		
通院病院名	病院 担当医師 (電話 —)		
健康保険証番号	記号	番号	(発行機関)
ふりがな			
保護者氏名	印 (電話 —)		
保護者住所			
緊急連絡先	1	(電話 —)	
	2	(電話 —)	
既往症（今までにかかった病気全てに○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 5. 咽頭結膜熱（プール熱） 6. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 7. ヘルパンギーナ 8. 百日咳 9. 手足口病 10. 伝染性紅斑（リンゴ病） 11. 熱性けいれん 12. 川崎病 13. 異型肺炎（マイコプラズマ肺炎） 14. 結核 15. 喘息 16. アトピー性皮膚炎 17. とびひ 18. 湿疹 19. 食物アレルギー（ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・) 20. その他 ()			
アレルギー体質の有無	有 (詳細に) ・ 無		
予防接種（これまでに受けたもの全てに○を付けてください。）			
1. BCG（結核） 2. 四種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ） 3. MR（麻疹・風疹） 4. 日本脳炎 5. 二種混合（ジフテリア・破傷風） 6. 水痘（水ぼうそう） 7. インフルエンザ 8. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 9. Hib（ヒブ、インフルエンザ菌b型） 10. 小児肺炎球菌 11. B型肝炎 12. ロタウィルス 13. その他 ()			
注意してほしい問題点			