

健康の記録（病後児保育登録申込書別紙）

記入日 年 月 日

児童の氏名							
生年月日		年 月 日					
※母子手帳等で確認をして記入してください。							
既往歴	麻疹(はしか)	水痘(水ぼうそう)	百日咳	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	風しん(三日はしか)	その他	
	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月	歳 か月		
予防接種歴	4種混合【4回】 (ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ)	水痘(水ぼうそう) 【2回】	日本脳炎 【3回】	BCG	小児用肺炎球菌 【4回】	ヒブワクチン【4回】	
	初回	年 月	1期初回	年 月	初回	初回	
	年 月	年 月	年 月	麻しん・風しん (MR)【2回】	年 月	年 月	
	年 月	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 【2回】	年 月	第1期	年 月	年 月	
	年 月	追加	追加	年 月	年 月	年 月	
	追加	年 月	年 月	第2期	追加	追加	
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
三種混合 ・ ポリオ ・ B型肝炎 ・ その他 ()							
健康状態	平熱 _____℃	病 気 ・ 疾 患 等				対応の仕方(投薬等)	
	かかりやすい病気	無 ・ 有	風邪 気管支炎 下痢 便秘 吐く 扁桃腺炎 中耳炎				
			脱臼(部位:) その他 ()				
	アレルギー性疾患	無 ・ 有	アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 ぜんそく じんましん その他()				
	アレルゲン	無 ・ 有	食物 : 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 鶏肉 ・ 豚肉 ・ 大豆 ・ その他 ()				
			動物 : ()				
			薬品 : ()				
その他の疾患	無 ・ 有	心臓疾患(病名:)		ヘルニア			
		自家中毒(症状:)					
ひきつけ(最終 年 月) 熱性けいれん(最終 年 月)							
その他	体質やくせ等、心配なこと・配慮してほしいことがあればご記入ください。(なるべく具体的に) 例:アレルギー、肘がぬけやすいなど						
健康保険	保険者名				記号・番号・枝番	- -	
	保険者番号				被保険者名		
	被保険者住所						