

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 (自署) **新潟 太郎**

登録児童	フリガナ	<b>ニイガタ ハナコ</b>		愛称	性別	生年月日								
	児童氏名	<b>新潟 花子</b>		<b>ハナちゃん</b>	<b>男</b> <b>女</b>	<b>H・R</b> <b>〇〇</b> ・ <b>〇〇</b> ・ <b>〇</b> ( <b>〇</b> 歳 <b>〇</b> カ月)								
	自宅住所	〒 ( <b>〇〇〇</b> - <b>〇〇〇〇</b> ) <b>新潟市中央区〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号</b>												
	自宅電話	<b>025-〇〇〇-〇〇〇〇</b> ※固定電話がない場合は携帯電話の番号をご記入ください。												
	通園施設名	( <b>〇〇〇〇</b> ) <b>保育園</b> ・幼稚園・認定こども園・小学校 / 在宅												
	かかりつけ医	( <b>〇〇〇〇</b> ) 医院・病院 <b>クリニック</b> ( <b>〇〇 〇〇</b> ) 先生												
緊急連絡先	父	氏 名:	<b>新潟 太郎</b>			氏 名:	<b>新潟 小町</b>							
		勤務先名:	<b>株式会社〇〇〇〇</b>			勤務先名:	<b>〇〇〇〇株式会社</b>							
		勤務先電話	<b>025-〇〇〇-〇〇〇〇</b>			勤務先電話	<b>025-〇〇〇-〇〇〇〇</b>							
		携帯電話:	<b>080-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>			携帯電話:	<b>090-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b>							
以下はお子さんの状況を記入してください														
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									
	五種混合	受けた(1期 1・2・3・1期追加)・受けていない		日本脳炎	1期初回・1期2回・1期追加									
	BCG	受けた・受けていない		はしか(麻疹)・風疹	受けた・受けていない									
	ヒブ	受けた・受けていない		ポリオ	受けた・受けていない									
	四種混合	受けた(1期 1・2・3・1期追加)・受けていない												
	三種混合	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)	(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お書きください												

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