

名古屋市病児・病後児デイケア事業利用登録票

(あて先) 名古屋市長

保護者状況	①	氏名		続柄		
		携帯	()			
		勤務先		電話番号		
	②	氏名		続柄		
		携帯	()			
		勤務先		電話番号		
住所 〒 _____ 区 _____ 電話 () _____						
名古屋市 _____ 区 _____						

利用児童状況	児童氏名		性別	生年月日
	フリガナ		男・女	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 (____ 歳 ____ ヶ月)

	通園等状況	所在区	名称	
	認可・認可外	区		
	認可外保育所	区		
	幼稚園	区		
	小学校	区		
	その他	自宅で保育 ・その他 ()		
	かかりつけ医			
	熱性痙攣	ない・ある(過去 ____ 回 :最後の痙攣 ____ 年 ____ 月ごろ ____ 医院) 熱性痙攣の既往がある家族 ____ いない・いる ()		
	喘息	ない・ある(薬を飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ)		
	アトピー性皮膚炎	ない・ある(治療していない・内服薬・外用薬)		
	アレルギー制限食	ない ある(卵・牛乳・小麦・大豆・そば・ピーナッツ) その他		
	入院歴	歳 ____ ヶ月		
歳 ____ ヶ月				
その他	お子様のご様子や普段の中の生活で気になることなどご記入ください。			

既往歴	1. 突発性発疹	2. 麻疹 (はしか)	3. 風疹 (三日ばしか)
	4. 水痘 (みずぼうそう)	5. 伝染性紅斑 (りんご病)	6. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
	7. 百日咳	8. 喘息様気管支炎	9. 中耳炎・外耳炎
	10. 肺炎	11. マイコプラズマ肺炎	12. B型肝炎 (キャリアー含む)
	13. てんかん	14. 川崎病 (心臓合併症 あり・なし)	15. その他
	16.	17.	18.

	ワクチン名	接種の有無
予防接種	MR (麻疹・風疹) ワクチン	有 ・ 無
	ヒブワクチン	有 ・ 無
	小児肺炎球菌ワクチン	有 ・ 無
	水痘 (水ぼうそう) ワクチン	有 ・ 無
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ワクチン	有 ・ 無
	ロタ	有 ・ 無

施設記入欄		
	変更日	変更内容
初回登録	年 月 日	
登録内容修正日①	年 月 日	
登録内容修正日②	年 月 日	
利用区分		
区分	確認書類	確認日