



病児の保育
しろやぎさんのポシェット申込書

ご記入日 年 月 日

ふりがな		年齢	性別	生年月日
お子さんのお名前		歳 ヶ月	男・女	H・R 年 月 日
保護者のお名前		歳	続柄	
ご住所	〒 - 茨城県 市町村郡			
電話番号	自宅 ()		携帯 ()	
所属施設名	保育園・幼稚園・小学校			
那珂キッズクリニック小児科診察券番号				

ご家族(お子様と同居の方のみご記入ください)

お名前	続柄	年齢	勤務先・学校
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	
		歳	

緊急連絡先

1	氏名		続柄	
	勤務先		職種	
	電話番号		携帯電話	
	Eメールアドレス			
2	氏名		続柄	
	勤務先		職種	
	電話番号		携帯電話	
	Eメールアドレス			



予防接種の記録

ワクチン	接種年月日				ワクチン	接種年月日	
ヒブ (Hib)	1回	2回	3回	追加	ポリオ	1回	2回
肺炎球菌	1回	2回	3回	追加		3回	追加
ロタウイルスワクチン	1回	2回	3回		BCG		
B型肝炎	1回	2回	3回	追加	麻疹、風疹 (MR)	1期	2期
4種混合	1回	2回	3回	追加	水痘 (水ぼうそう)	1回	2回
5種混合	1回	2回	3回	追加	おたふくかぜ	1回	2回
日本脳炎	1回	2回	追加	2期			

今までにかかった主な病気

病名	年月日	病名	年月日	病名	年月日
麻疹 (はしか)		おたふくかぜ		伝染性紅斑 (りんご病)	
水痘 (水ぼうそう)		風疹 (三日はしか)		手足口病	
突発性発疹					

次の症状はありますか

ひきつけ・けいれんの経験 ない ・ ある (いつ頃)

アレルギー 食品 (アレルギー) 症状・除去食 ()

薬品 ・ その他 ()

かかりやすい病気や体質がありましたら記入して下さい。

これまでに入院治療を受けた病気や大きなけがなどを記入して下さい。