平成31年度病児保育事前年間登録票【継続簡易版】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 氏　名 |  |
| * 所属（勤務先）の変更
 | 新所属先：※府立医科大学での職員が研修員となる場合は、研究許可書または診療従事許可書の写しをご提出ください |
| * 通園・通学施設の変更
 | 新通園・通学施設： |
| * 以下含め前年申請時と全て変更なし　（以下の記入は不要です）
 |
| * 住所の変更
 | 新住所： |
| * メールアドレス
 | 　 |
| * 既往歴の追加
 | 　 |
| * 気をつけて欲しいことの追加・変更
 |  |
| * その他
 |  |
| 予防接種　<ワクチン> | B型肝炎 | □無　□ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）　 □ 3回（　 年　月　日） |
| Hib | □無　□ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）　 □ 3回（　 年　月　日）□　追加（　 年　月　日） |
| 小児用肺炎球菌 | □無　□ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）　 □ 3回（ 年　月　日）□　追加（　 年　月　日） |
| ロタウイルス | □無　　1価　□ 1回（　 年　月　日）　□ 2回（　 年　月　日）　　または　 □5価 □ 1回（　 年　月　日） □ 2回（　 年　月　日）　 □ 3回（　 年　月　日）　　　　　　 |
| 百日咳、ジフテリア、　破傷風、ポリオ | 四種混合DPT-IPV □　無　 □ 1回（　 年　月　日） □ 2回（　 年　月　日）　□ 3回（　 年　月　日） □ 追加（　 年　月　日）または 三種混合DPT □　無 □ 1回（　 年　月　日） □ 2回（　 年　月　日）　　□ 3回（　 年　月　日）　　 □ 追加（　 年　月　日）　　　　　　不活化ポリオ □　無　 □ 1回（　 年　月　日） □ 2回（　 年　月　日）　　□ 3回（　 年　月　日） □ 追加（　 年　月　日）　　　　　生ポリオ　　　 □　無　 □ 1回（　 年　月　日） □ 2回（　 年　月　日） |
| BCG | □　無　 □ 済（　 年　 月　 日） |
| はしか（麻疹）、風疹 | MR（麻疹・風疹）　　　　□　無　 □ 1期（　 年　月　日）　　□ 2期（　 年　月　日）または はしか（麻疹）　□　無　 □ 1期（　 年　月　日）　　□ 2期（　 年　月　日）風疹　 □　無　 □ 1期（　 年　月　日）　　□ 2期（　 年　月　日） |
| 水　痘 | □　無　 □ 1回（　 年　月　日）　　□ 2回（　 年　月　日）　 |
| おたふくかぜ | □　無　 □ 1回（　 年　月　日）　　□ 2回（　 年　月　日）　 |

　記入日：平成31年　　月　　日

　平成31年3月改訂版