

## 令和3年度病児保育事前年間登録票【継続簡易版】

記入日：令和3年 月 日

登録番号		氏名	
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 通園・通学施設の変更	新通園・通学施設：		
<input type="checkbox"/> 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）			
<input type="checkbox"/> 住所の変更	新住所：		
<input type="checkbox"/> メールアドレス			
<input type="checkbox"/> 既往歴の追加			
<input type="checkbox"/> 気をつけて欲しいことの追加・変更			
<input type="checkbox"/> その他			
予防接種 ワクチン	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回( 年 月 日)	
	Hib	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加( 年 月 日)	
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加( 年 月 日)	
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 無 1価 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日) または <input type="checkbox"/> 5価 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加( 年 月 日) または 三種混合DPT <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加( 年 月 日) 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加( 年 月 日) 生ポリオ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日)	
	BCG	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済( 年 月 日)	
	はしか(麻疹)、風疹	MR(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期( 年 月 日) または はしか(麻疹) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期( 年 月 日) 風疹 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期( 年 月 日)	
	水痘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日)	
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回( 年 月 日)	