

令和〇〇年度 病児保育利用基本台帳

児童名	ふりがな とよた はなこ	男	生年月日	年齢
	豊田 花子	女	H〇〇年△月××日生	△歳 □か月
住所	〒471-8501 豊田市西町3丁目60		電話番号	
			0565-34-6809	
在園名等	豊田 <input checked="" type="checkbox"/> こども園・幼稚園 <input checked="" type="checkbox"/> 歳児年生		電話番号	
	小学校		0565-12-3456	
世帯状況	氏名	児童からみた関係	生年月日	勤務先等
	ふりがな とよた たろう	父	S53年 4月 28日	◇◇食品 ☆☆工場
	豊田 太郎			
	ふりがな とよた いつこ	母	S52年 9月 2日	〇◇書店
	豊田 市子			
	ふりがな とよた とよたろう	祖父	S22年 6月 18日	□□紳士服 〇〇店
	豊田 豊太郎			
ふりがな		年 月 日		
ふりがな		年 月 日		
緊急連絡先①	母携帯		電話番号	090-1234-5678
緊急連絡先②	父携帯		電話番号	090-5678-1234
主治医名	拳母まち	病院 <input checked="" type="checkbox"/> 病院	担当医名 拳母 まち子	電話番号 0565-12-1212
予防接種 <small>*一回でも接種された場合は「受けた」に○をつけてください</small>	インフルエンザ菌 b型 (Hib)	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない	小児肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない
	四種混合	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	三種混合 ポリオ	受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない
	BCG	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない		
	水痘	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない	麻疹・風疹 (MR)	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない
	B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない	日本脳炎	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない
	おたふくかぜ	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない	ロタウイルス (経口)	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた・ <input type="checkbox"/> 受けていない
			インフルエンザ	直近接種日 H〇〇年△月××日
今までにかかった感染症	1 百日咳 5 おたふくかぜ	2 麻疹 6 結核	3 風疹 7 その他 ()	4 <input checked="" type="checkbox"/> 水ぼうそう
注意事項	*お子さんのことで注意することがありましたらご記入ください。 低体重で出産。食が細くあまり食べられない。食物アレルギーがある。肘が抜けやすい。			

市内病児保育利用歴	無 ・ 有 (すくすくの森 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ぴよっこ ・ <input type="checkbox"/> ぴーぽらんど)
-----------	---

※利用する施設 (すくすくの森又はぴよっこ) に提出をお願いします (提出は年度に1回)。利用しない施設には提出不要。ぴーぽらんどは、様式等が異なるため詳しくはトヨタ記念病院のホームページを確認ください。
※ご記入いただいた内容は病児保育事業関係事務以外には使用いたしません。

年度 病児保育利用基本台帳

児 童 名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳 か月
住 所	〒 -		電話番号	
在園名等	こども園・幼稚園 小学校		歳児 年生	電話番号
世帯状況	氏 名	児童から みた関係	生年月日	勤務先等
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
緊急連絡先 ①			電話番号 - -	
緊急連絡先 ②			電話番号 - -	
主治医名	病院 医院	担当医名	電話番号 - -	
予防接種 *一回でも接種された場合は「受けた」に○をつけてください	インフルエンザ菌 b型 (Hib)	受けた・受けていない	小児肺炎球菌	受けた・受けていない
	四種混合	受けた・受けていない	(三種混合 ポリオ	受けた・受けていない 受けた・受けていない
	BCG	受けた・受けていない	麻疹・風疹 (MR)	受けた・受けていない
	水痘	受けた・受けていない	日本脳炎	受けた・受けていない
	B型肝炎	受けた・受けていない	ロタウイルス (経口)	受けた・受けていない
	おたふくかぜ	受けた・受けていない	インフルエンザ	直近接種日 年 月 日
今までにかかった感染症	1 百日咳 5 おたふくかぜ	2 麻疹 6 結核	3 風疹 7 その他 ()	4 水ぼうそう
注意事項	*お子さんのことで注意することがありましたらご記入ください。			

市内病児保育利用歴	無 ・ 有 (すくすくの森 ・ ぴよっこ ・ ぴーぼらんど)
-----------	----------------------------------

※利用する施設(すくすくの森又はぴよっこ)に提出をお願いします(提出は年度に1回)。利用しない施設には提出不要。ぴーぼらんどは、様式等が異なるため詳しくはトヨタ記念病院のホームページを確認ください。
 ※ご記入いただいた内容は病児保育事業関係事務以外には使用いたしません。

年度 病児保育利用基本台帳

児 童 名	ふりがな	男・女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳 か月
住 所	〒 -		電話番号	
在園名等	こども園・幼稚園 小学校		歳児 年生	電話番号
世帯状況	氏 名	児童から みた関係	生年月日	勤務先等
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
緊急連絡先 ①				電話番号 - -
緊急連絡先 ②				電話番号 - -
主治医名	病院 医院	担当医名	電話番号 - -	
予防接種 *一回でも接種された場合は「受けた」に○をつけてください	インフルエンザ菌 b型 (H i b)	受けた・受けていない	小児肺炎球菌	受けた・受けていない
	四種混合	受けた・受けていない	〔 三種混合 ポリオ 〕	受けた・受けていない
	BCG	受けた・受けていない		麻疹・風疹 (MR)
	水痘	受けた・受けていない	日本脳炎	受けた・受けていない
	B型肝炎	受けた・受けていない	ロタウイルス (経口)	受けた・受けていない
	おたふくかぜ	受けた・受けていない	インフルエンザ	直近接種日 年 月 日
今までにかかった感染症	1 百日咳 5 おたふくかぜ	2 麻疹 6 結核	3 風疹 7 その他 ()	4 水ぼうそう
注意事項	*お子さんのことで注意することがありましたらご記入ください。			

市内病児保育利用歴	無 ・ 有 (すくすくの森 ・ ぴよっこ ・ ぴーぼらんど)
-----------	----------------------------------

※利用する施設 (すくすくの森又はぴよっこ) に提出をお願いします (提出は年度に1回) 。利用しない施設には提出不要。ぴーぼらんどは、様式等が異なるため詳しくはトヨタ記念病院のホームページを確認ください。
 ※ご記入いただいた内容は病児保育事業関係事務以外には使用いたしません。

年度 病児保育利用基本台帳

児 童 名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳 か月
住 所	〒 -			電話番号
在園名等	こども園・幼稚園 小学校		歳児 年生	電話番号
世帯状況	氏 名	児童から みた関係	生年月日	勤務先等
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
	ふりがな		年 月 日	
緊急連絡先 ①				電話番号 - -
緊急連絡先 ②				電話番号 - -
主治医名	病院 医院	担当医名	電話番号 - -	
予防接種 *一回でも接種された場合は「受けた」に○をつけてください	インフルエンザ菌 b型 (Hib)	受けた・受けていない	小児肺炎球菌	受けた・受けていない
	四種混合	受けた・受けていない	(三種混合 ポリオ	受けた・受けていない 受けた・受けていない)
	BCG	受けた・受けていない	麻疹・風疹 (MR)	受けた・受けていない
	水痘	受けた・受けていない	日本脳炎	受けた・受けていない
	B型肝炎	受けた・受けていない	ロタウイルス (経口)	受けた・受けていない
	おたふくかぜ	受けた・受けていない	インフルエンザ	直近接種日 年 月 日
今までにかかった感染症	1 百日咳 5 おたふくかぜ	2 麻疹 6 結核	3 風疹 7 その他 ()	4 水ぼうそう
注意事項	*お子さんのことで注意することがありましたらご記入ください。			

市内病児保育利用歴	無 ・ 有 (すくすくの森 ・ びよっこ ・ ぴーぼらんど)
-----------	----------------------------------

※利用する施設(すくすくの森又はびよっこ)に提出をお願いします(提出は年度に1回)。利用しない施設には提出不要。ぴーぼらんどは、様式等が異なるため詳しくはトヨタ記念病院のホームページを確認ください。
 ※ご記入いただいた内容は病児保育事業関係事務以外には使用いたしません。