

第1号様式(第6条関係)

病児保育利用登録書

登録番号()

※初めて利用される方のみ記入してください。

ふりがな 児童氏名	男・女 愛称()	健康保険証 記号 番号 保険者番号 乳幼児福祉医療受給者証番号			
生年月日 血液型	年 月 日 歳 ケ月 型 (RH + -)	かかりつけ 医療機関 TEL			
住 所	〒 TEL				
緊急時連絡先	TEL ① どなたの連絡先ですか()				
	TEL ② どなたの連絡先ですか()				
通園・通学先	保育所・幼稚園・小学校(いずれかに○印をつけてください) TEL				
保 護 者	氏 名	続柄	勤 務 先	職 種	連 絡 先
予防接種歴	生ポリオ (1 2) MRワクチン (1 2) 不活化ポリオ (1 2 3 4) 日本脳炎 (1 2 3) BCG (済 未) ヒブワクチン (1 2 3 4) 三種混合 (1 2 3 4) 肺炎球菌 (1 2 3 4) 四種混合 (1 2 3 4) 水痘 (1 2) その他の予防接種で受けたもの()				
アレルギー歴	・食物アレルギー あり なし (卵 牛乳 大豆 小麦 そば その他()) ・アトピー性皮膚炎 (行っている治療) ・気管支ぜんそく (行っている治療) ・その他 ()				
かかった病 気	かかった病気に○印をつけてください 1. 突発性発疹 2. 麻疹 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 百日咳 7. 熱性けいれん 8. じんましん 9. 結核 10. ぜんそく 11. その他()				
その他 心配事など					

実施施設の長 様

上記のとおり病児保育利用の登録を申請します。

年 月 日

保護者氏名

印