**病後児保育事業利用登録書**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

申請者氏名（保護者）　　　　　　　　　　　　　　印

住　　所

　電話番号(連絡がつきやすい番号)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 加入している健康保険 | 保険の種類　□国保　□政管　□社保  　　　　　　□組合　□その他(　　　　) |
| 児童氏名 |  |
| 記号番号  保険者番号 |
| 生年月日  年齢 | 年　　月　　日　生  　　　　歳　　　か月 | 所属 | (　保育所(園)　・　幼稚園　・　こども園　)  (　小学校　・　家庭　・　その他　　　　) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | 続柄 | 勤務先・連絡先 | 電話番号 |
| ① | |  |  |  |
| ② | |  |  |  |
| ③ | |  |  |  |
| 既往歴 | □突発性発疹　　　　　　　　□麻疹（はしか）  □咽頭結膜熱　　　　　　　　□水痘（水ぼうそう）  □百日咳　　　　　　　　　　□風疹（三日ばしか）  □マイコプラズマ肺炎　　　　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）  □手足口病　　　　　　　　　□川崎病  □ヘルパンギーナ　　　　　　□とびひ  □伝染性紅斑（りんご病）　　□熱性けいれん  □結核　　　　　　　　　　　□喘息  □湿疹　　　　　　　　　　　□アトピー性皮膚炎  □食物アレルギー（牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 予防接種 | □B.C.G（結核）　□ポリオ　　□麻疹（はしか）  □風疹（三日ばしか）　□M.R（麻疹・風疹混合）　□日本脳炎  □D.P.T（ジフテリア・百日咳・破傷風３種混合）　□水痘（水ぼうそう）  □２種混合（ジフテリア・破傷風）　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）  □インフルエンザ　　□Hib　□小児用肺炎球菌  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| アレルギーの有無 | 無 | ・　有　牛乳・卵・小麦　　　(症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |

※この登録の有効期限は申請後初めて迎える３月31日までです。利用にあたっては年度ごとの登録が必要です。