

病後児保育事業利用登録書

平成 年 月 日

様

申請者氏名（保護者） 印

住 所

電話番号（連絡がきやすい番号）

ふりがな		加入している健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他()
児童氏名			記号番号 保険者番号
生年月日	年 月 日 生	所属	
年齢	歳 か月		(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	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他） <input type="checkbox"/> その他			
予防接種	<input type="checkbox"/> B.C.G（結核） <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> M.R（麻疹・風疹混合） <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> D.P.T（ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 2種混合（ジフテリア・破傷風） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
アレルギーの有無	無 有 (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。