様式第１号（第７条関係）

病後児保育事業利用登録書

年　　月　　日

様

申請者氏名（保護者）

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　　)

	氏名	続柄	勤務先・連絡先	電話番号
緊急連絡先	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　　(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。