

諫早市長 様

下記のとおり病児保育事業を利用したいので登録を申請します。

平成 年 月 日

現住所 _____

(ふりがな)

保護者氏名 _____

(父・母・その他 _____)

保護者氏名 _____

(父・母・その他 _____)

電話番号 _____

印

平成 年度 利 用 登 録 書

(ふりがな) お子さまの名前	男 女	平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)
在園保育所等名	保育所(園)・幼稚園・学童クラブ TEL - -	
家族構成	父・母・祖父・祖母 兄弟姉妹()人	
父母の勤務先	父親:	TEL - -
	母親:	TEL - -
かかりつけ医院名 (小児科・内科)	病院・医院 TEL - - 担当医師名	
健康保険の名称 及び保険者番号	名称:	
	記号()番号() 保険者番号()	
予 防 接 種 歴	BCG 年 月 水痘(1回目 年 月・2回目 年 月)	
	麻しん・風しん(I期 年 月 II期 年 月)	
	日本脳炎(I期1回目 年 月・2回目 年 月 追加 年 月 II期 年 月)	
	三種混合(I期1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月 追加 年 月)	
	四種混合(I期1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月 追加 年 月)	
	ロタウイルス(1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月)	
	ポリオ経口(1回目 年 月・2回目 年 月)	
	ジフテリア・破傷風 II期 年 月 おたふくかぜ(1回目 年 月・2回目 年 月)	
	インフルエンザ菌b型(Hib)(1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月 追加 年 月)	
	小児用肺炎球菌(1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月 追加 年 月)	
B型肝炎(1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月)		
*その他()		
アレルギー歴(○を付けて下さい)		
1 気管支喘息 3 アレルギー性鼻炎 5 食物アレルギー(ミルク、卵、その他 _____)		
2 アトピー性皮膚炎 4 じんましん 6 その他のアレルギー(_____)		
これまでかかった主な感染症と病気 (かかった病気に○を付けて下さい)		
1 突発性発疹 4 水痘 7 けいれん 9 結核		
2 はしか 5 おたふくかぜ (熱:有・無) 10 ぜんそく		
3 風疹 6 百日咳 8 じんましん 11 その他(_____)		
お子さまのことについて心配なこと		
好きな食べ物・好きな遊び(_____)		
同意欄) 以下の内容に同意される場合は□にチェックを記入してください。 □利用料判定に必要な所得、税及び住民基本台帳について確認、調査することに同意します。		