

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。

令和 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 - -

令和 年度 利 用 登 録 書

(ふりがな) お子さまの名前	男	平成 年 月 日生			
	女	令和 (歳 カ月)			
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	担当医師名: Tel: - -			
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	インフルエンザ菌b型 (Hib)	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	追加 年 月
	小児用肺炎球菌	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	追加 年 月
	B型肝炎	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	
	ロタウイルス	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	
	四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)				
	【 I 期 】	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	追加 年 月
	BCG	① 年 月			
	麻しん・風しん	【 I 期 】	① 年 月	【 II 期 】	② 年 月
	水痘	① 年 月	② 年 月		
	日本脳炎	【 I 期 】	① 年 月	② 年 月	③ 年 月
		【 II 期 】	① 年 月		
	二種混合(ジフテリア・破傷風)		【 II 期 】	① 年 月	
おたふくかぜ	① 年 月	② 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()					
これまでに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:あり・なし) 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口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。					