

第1号様式(第6条関係)

登録番号	
------	--

病児保育事業利用者登録書

年 月 日

実施施設の長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

病児保育事業の利用のため、次のとおり登録します。

ふりがな		性 別		生 年 月 日	年 月 日
児 童 氏 名		男・女			満 歳 か月
通っている保育所等の名称			所(園)・小学校		
利用する施設の名称					
父 氏 名		勤務先名称		緊急連絡先	
母 氏 名		勤務先名称		緊急連絡先	
加入医療保険	記 号	番 号	保 険 者 名	保 険 者 番 号	
1. 生育歴について					
・妊娠、出生時に異常はありましたか。 いいえ はい () ・定期健診は受けましたか。 いいえ はい (直近の受診日： 年 月 日) ・健診時に指導や指摘を受けたことはありますか。 いいえ はい ()					
2. 予防接種 (これまでに受けたもの全てに○印をつけて下さい。)					
1. インフルエンザ菌b型(Hib) 2. 小児用肺炎球菌 3. 四種混合 4. 三種混合 5. ポリオ(経口・不活化) 6. BCG 7. MR (風疹・麻疹) 8. 水痘 9. 日本脳炎 10. B型肝炎 11. ロタウイルス 12. おたふくかぜ 13. インフルエンザ 14. その他 ()					
3. アレルギー等について					
・食物アレルギー 無 ・ 有 原因食材 ()					
4. 感染症歴 (これまでににかかったもの全てに○印をつけて下さい。)					
1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 百日咳 7. 熱性けいれん 8. じんましん 9. 結核 10. ぜんそく 11. その他 ()					
5. その他、気になることをご記入下さい。					

※利用する施設ごとに提出すること。