病児保育ぬくもり　②【登録書】

令和　　年　　月　　日

住所　西都市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号

（連絡がつく番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな		生年月日	性別	通っている園・学校名
お子様の氏名		H・R　年　月　日 歳　ヶ月	男・女	

連絡先	連絡先	氏　名	続柄	電話番号
	第１連絡先			
	第２連絡先			

既往症（これまでにかかった病気すべてに○）	1. 突発性発疹　8. 川崎病 2. 麻疹（はしか）　9. 結核 3. 水痘（水ぼうそう）　10. 喘息 4. 風疹（三日ばしか）　11. アトピー性皮膚炎 5. 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　12. 食物アレルギー 6. 伝染病紅斑（りんご病）　（牛乳・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・　） 7. 熱性けいれん　13. その他（　）
アレルギー	・無　・有　詳細⇒
予防接種（これまでに受けたものすべてに○）	1. ヒブ（1・2・3・追）　8. BCG 2. 肺炎球菌（1・2・3・追）　9. MR（麻疹・風疹混合）（1・2） 3. ロタ（1・2・3）　10. 水痘 4. B型肝炎（1・2・3）　11. おたふくかぜ（1・2） 5. DPT-IPV（四種混合）　12. 日本脳炎（1・2・追） 6. D.P.T（三種混合）　13. インフルエンザ（1・2） 7. ポリオ（1・2・3・追）
世帯の状況	非課税世帯に ・該当しない　・該当する（課税証明書を添付してください）
その他	保育上注意してほしいこと・配慮してほしいこと
かかりつけの医療機関名	

加入医療保険	記号	番号	保険者名称	保険者番号