

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 ※職場の番号も ご記入ください	連絡先	氏 名		続柄	電話番号	
	第1連絡先					
	第2連絡先					
	第3連絡先					
	第4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 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風疹(三日ばしか) 5. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 6. 伝染病紅斑(りんご病) 7. 熱性けいれん 8. 川崎病 9. 結核 10. 喘息 11. アトピー性皮膚炎 12. 食物アレルギー (牛乳・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・) 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) 2. 肺炎球菌(1・2・3・追) 3. ロタ(1・2・3) 4. B型肝炎(1・2・3) 5. DPT-IPV(四種混合) 6. D.P.T(三種混合) 7. ポリオ(1・2・3・追) 8. BCG 9. MR(麻疹・風疹混合)(1・2) 10. 水痘 11. おたふくかぜ(1・2) 12. 日本脳炎(1・2・追) 13. インフルエンザ(1・2)					
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	