

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	男・女
※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 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. 口タ（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	