

病児保育事業利用登録申込書

番号

ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日	
児 童 氏 名						
通園(学)施設		学 年 ク ラ ス	学年(歳児) 組		愛 称	
電 話						
医療機関名						電話
保護者住所						電話
保護者氏名						
緊急連絡先						電話
住所 氏名						

既往歴(今までにかかった病気に○を付けてください。)						
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 百日ぜき	7 咽頭結膜炎	8 手足口病			
9 ヘルパンギーナ	10 喘息	11 伝染性紅斑(リンゴ病)	12 アトピー性皮膚炎			
13 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)	14 結核	15 川崎病				
16 熱性けいれん(ひきつけ)	17 その他(					

予防接種(今までに受けたものに○を付けてください。)						
1 ロタ	2 ヒブ	3 小児用肺炎球菌	4 B型肝炎	5 4種混合		
6 BCG(結核)	7 日本脳炎	8 麻しん風しん混合(MR)				
9 水痘(水ぼうそう)	10 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	11 インフルエンザ				
12 その他(						

食物アレルギー						