

病後児保育事業利用登録書

年 月

常陸太田市長 様

住 所

保護者氏名

印

児童との続柄 ()

電話番号

病後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 児童氏名		男 女	生年 月日	平成 (歳	年 ヶ月)	月 日
利用している保育園・幼稚園名						
健康保険(種類) 国保・社保・共済				記号番号		
かかりつけの 医療機関	病院名 電話番号					
これまでかかった主な病気 1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 4 水痘(水ぼうそう) 5 風疹(三日ばしか) 6 百日せき 7 川崎病(心臓合併 有 無) 8 肺炎 9 てんかん 10 喘息(薬の服用は 毎日 不調時のみ) 11 アトピー性皮膚炎 12 その他 ()						
予防接種の 実施状況	1 BCG 2 三種混合 (回・追加) 3 四種混合 (回・追加) 4 ポリオ(経口 回・皮下接種 回) 5 日本脳炎 (回・追加) 6 麻疹・風疹混合 7 水痘 (回) 8 おたふく (回) 9 B型肝炎 (回) 10 ロタウイルス (回) 11 Hib (回・追加) 12 肺炎球菌 (回・追加) その他 ()					
入院歴 有 無 手術歴 有 無 ↳ 治癒 通院中(病名)						
その他健康上の留意点						
緊急連絡先	①氏名 (続柄) 電話番号(自宅) (携帯) 勤務先名 電話番号					
	②氏名 (続柄) 電話番号(自宅) (携帯) 勤務先名 電話番号					
	③氏名 (続柄) 電話番号(自宅) (携帯) 勤務先名 電話番号					