

病後児保育事業利用登録書

年 月 日

日立市長 様

住 所

保護者氏名

⑩

電 話

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・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)
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	名称 電話 ()			
児童の健康状態				
これまでかかった主な病気	突発性発疹症、はしか、おたふくかぜ、水ぼうそう、風疹、百日せき 川崎病、溶連菌感染症、その他 ()			
予防接種の実施状況	BCG(未・済)、ヒブ(未・済)、小児用肺炎球菌(未・済) 四種混合(未・済)、三種混合(未・済)、日本脳炎(未・済) ポリオ(未・済)、麻しん・風疹(MR)(未・済)、ロタウィルス(未・済) おたふくかぜ(未・済)、水痘(未・済)			
食べ物のアレルギー	ない・ある (牛乳、卵、その他)			
その他健康上の留意点				
緊急連絡先	①氏名 (続柄) (勤務先) 電話(自宅・携帯) ()			
	②氏名 (続柄) (勤務先) 電話(自宅・携帯) ()			
	③氏名 (続柄) (勤務先) 電話(自宅・携帯) ()			

病後児保育事業利用登録書

年 月 日

日立市長 様

住 所

保護者氏名

⑩

電 話

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・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)
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	名称 電話 ()			
児童の健康状態				
これまでかかった主な病気 突発性発疹症、はしか、おたふくかぜ、水ぼうそう、風疹、百日せき 川崎病、溶連菌感染症、その他 ()				
予防接種の実施状況	BCG(未・済)、ヒブ(未・済)、小児用肺炎球菌(未・済) 四種混合(未・済)、三種混合(未・済)、日本脳炎(未・済) ポリオ(未・済)、麻しん・風疹(MR)(未・済)、ロタウィルス(未・済) おたふくかぜ(未・済)、水痘(未・済)			
食べ物のアレルギー	ない・ある (牛乳、卵、その他)			
その他健康上の留意点				
緊急連絡先	①氏名 (続柄) (勤務先) 電話(自宅・携帯) ()			
	②氏名 (続柄) (勤務先) 電話(自宅・携帯) ()			
	③氏名 (続柄) (勤務先) 電話(自宅・携帯) ()			