

利用登録書

※初めて利用される方のみ記入して下さい。

(ふりがな) 児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳 ケ月)
在園保育所等名	保育園 認可外保育園 認定こども園 幼稚園 小学校 TEL		
(ふりがな) 保護者氏名	家族構成	父 母 祖父 祖母 兄弟()人 および本人	
住所 (〒 -)	TEL		
勤務先の 勤父 務母 母先	父	勤務先 職種 TEL	
	母	勤務先 職種 TEL	
かかりつけ医療機関名	TEL	担当医師名	
予 防 接 種 歴	ヒブ	① 年 / ② 年 / ③ 年 /	
	肺炎球菌	① 年 / ② 年 / ③ 年 / ④ 年 /	
	B型肝炎	① 年 / ② 年 / ③ 年 /	
	ロタワクチン	① 年 / ② 年 / ③ 年 /	
	四種混合	① 年 / ② 年 / ③ 年 / ④ 年 /	
	BCG	年 /	
	麻しん風しん	① 年 / ② 年 /	
	水痘	① 年 / ② 年 /	
	おたふくかぜ	① 年 / ② 年 /	
	日本脳炎	① 年 / ② 年 / ③ 年 / ④ 年 /	
	三種混合	① 年 / ② 年 / ③ 年 / ④ 年 /	
	ポリオワクチン	① 年 / ② 年 / ③ 年 / ④ 年 /	
	生ポリオワクチン	① 年 / ② 年 /	

※裏に続きます

アレルギー歴(○をつけてください)

- 1 気管支喘息 2 アトピー性皮膚炎 3 アレルギー性鼻炎 4 じんましん
5 食物アレルギー (牛乳、卵、その他:)
6 その他のアレルギー ()

家族のアレルギー歴(○をつけてください)

- ・アレルギー ()
・結核
・その他 ()

これまでかかった主な感染症と病気(○をつけてください)

- 1 突発性発疹症 2 水ぼうそう 3 おたふくかぜ 4 RSウイルス 5 中耳炎
6 じんましん 7 熱性けいれん ()回 起こった時の年齢 ()歳
8 はしか 9 風しん 10 百日咳 11 その他 ()
入院歴 ()

お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書きください。

好きな食べ物

好きな遊び

上記の通り、病児保育事業を利用したいので登録を申請します。

なお、利用期間中は施設の指示に従います。

年 月 日

保護者氏名