

# 病後児保育事業利用登録書

令和 年 月 日

といでこども園長 宛

申請者氏名（保護者）

住 所

電話番号（連絡がつきやすい番号）

|      |            |            |  |
|------|------------|------------|--|
| ふりがな |            | 加入している健康保険 | 保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 社保<br><input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 児童氏名 |            |            | 記号番号<br>保険者番号  |
| 生年月日 | H・R 年 月 日生 | 在籍園名       | 在籍学校名<br>在籍園名<br>( 1号認定 ・ 2号標準・2号短時間 )<br>( 3号標準 ・ 3号短時間 )   |
| 年齢   | 歳 か月       |            |  |

|          | 氏名  | 続柄 | 勤務先・連絡先 | 電話番号 |
|----------|---|----|---------|------|
| 緊急連絡先    | ①   |    |         |      |
|          | ②   |    |         |      |
|          | ③   |    |         |      |
| 既往歴      | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）<br><input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）<br><input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか）<br><input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）<br><input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病<br><input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> とびひ<br><input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 熱性けいれん<br><input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息<br><input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギー（牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他 )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |    |         |      |
| 予防接種     | <input type="checkbox"/> B.C.G（結核） <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）<br><input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> M.R（麻疹・風疹混合） <input type="checkbox"/> 日本脳炎<br><input type="checkbox"/> D.P.T（ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）<br><input type="checkbox"/> 2種混合（ジフテリア・破傷風） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）<br><input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |    |         |      |
| アレルギーの有無 | 無 有 (症状 )   |    |         |      |

\* 投薬が必要な場合は、投薬依頼書を提出して下さい。（園にお問い合わせ下さい。）