

病後児保育事業利用登録書

平成 年 月

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<br>児童氏名                                                         |                                                                                                                               | 男<br>女 | 生年<br>月日 | 平成 年 月 日<br>( 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<br>医療機関                                                       | 名称<br>電話（ ）                                                                                                                   |        |          |                     |
| 児童の健康状態                                                              |                                                                                                                               |        |          |                     |
| これまでかかった主な病気<br>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<br>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）<br>四種混合（未・済）、三種混合（未・済）、日本脳炎（未・済）<br>ポリオ（未・済）、麻しん・風疹（MR）（未・済）、ロタウィルス（未・済）<br>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<br>(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 )<br>(勤務先 )<br>電話（自宅・携帯）（ ）                                                                                           |        |          |                     |
|                                                                      | ②氏名 (続柄 )<br>(勤務先 )<br>電話（自宅・携帯）（ ）                                                                                           |        |          |                     |
|                                                                      | ③氏名 (続柄 )<br>(勤務先 )<br>電話（自宅・携帯）（ ）                                                                                           |        |          |                     |