病後児保育事業利用登録書

病後児保育室　ぽかぽか様

年　　月　　日

申請者氏名（保護者）
住所
電話番号(連絡が取りやすい番号)

ふりがな		加入している健康保険	保健の種類 □国保 □政管 □社保 □組合 □その他
児童名	男 女		記号・番号 保険者番号
生年月日 年齢	年　月　日 生 歳　か月	所属	（　保育園・幼稚園・こども園　） （　小学校・家庭・その他　）

	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	□突発性発疹　□麻疹　□水痘　□風疹 □咽頭結膜炎　□百日咳　□手足口病　□川崎病 □伝染性紅斑　□マイコプラズマ肺炎　□ヘルパンギーナ □喘息　□とびひ　□結核　□喘息 □熱性けいれん　□アトピー性皮膚炎　□湿疹 □食物アレルギー（　牛乳・卵・小麦・そば・大豆・甲殻類・その他　） □その他（　）
	□インフルエンザ菌ｂ型（Ｈｉｂ）　□小児肺炎球菌　□B型肝炎　□BCG □ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ（DPTP）　□MR（麻疹、風疹） □日本脳炎　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　□ロタウイルス　□水痘 □その他（　）
アレルギーの有無	無　有　（症状　）

※　この登録の有効期限は申請後初めて迎える3月31日までです。
　　利用にあたっては年度ごとの登録が必要です。