

下田市・南伊豆町・賀茂地区他

登録番号

かるがも病児保育室 利用登録申込書

平成 年 月 日記入

保護者氏名			勤務先名称			
			勤務先電話番号			
自宅住所	〒		電話番号			
			(携帯番号)			
ふりがな 児童氏名	性別 男・女		生年月日	平成 年 月 日生	歳 カ月	
通園又は 学校名称	() 市町村 () 保育園・幼稚園・小学校					
同居の 家族	氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
緊急連絡先 及びその他 お迎えの方	氏名 (優先順に記入)		続柄	電話番号		
	①					
	②					
	③					
保険の種類 保険者名称	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他 ()				※コピー 添付可	
	記号 番号		保険者番号			
予防接種 ※番号に○	1 ヒブ[1回目・2回目・3回目・追加]		8 日本脳炎[1期1回目・2回目・追加]			
	2 小児用肺炎球菌[1回目・2回目・3回目・追加]		9 水ぼうそう (1回目・2回目)			
	3 四種混合[1期1回目・2回目・3回目 1期追加]		10 B型肝炎[1回目・2回目・3回目]			
	4 三種混合[1期1回目・2回目・3回目・追加]		11 おたふくかぜ			
	5 ポリオ[1回目・2回目・3回目・追加]		12 その他 ()			
	※生ポリオの場合は2回目					
	7 MR (麻しん風しん[1回目・2回目])					
既往歴 ※番号に○	1 突発性発疹		4 熱性けいれん [座薬の使用 有・無]			
	2 水ぼうそう		[初回 歳 カ月・最後 歳 カ月・これまで 回]			
	3 おたふくかぜ		5 その他 ()			
アレルギー の有無	無 ・ 有 ぜんそく・アトピー性皮膚炎・くすり () 食物アレルギー【卵・牛乳・小麦・大豆・その他 ()】					

