

病児保育こもれび 利用登録書

登録番号 (No. _____)

(ふりがな) 児童氏名		男 女	生年月日	西暦	20	年	月	日
自宅住所	〒 _____ ☎							
通園・通学 施設名	_____ ☎							
通院病院名	病院 担当医師		_____ ☎					
健康保険 被保険者番号	記号	番号	保険者番号					
医療証番号	公費負担者番号		受給者番号					
保護者	ふりがな							
	氏名		(続柄)			_____ ☎		
	勤務先 _____ ☎							
	ふりがな							
氏名		(続柄)			_____ ☎			
勤務先 _____ ☎								
予防接種歴	ヒブ(インフルエンザ菌b型)		未・受けた () 回		小児肺炎球菌		未・受けた () 回	
	4種混合		未・受けた () 回		3種混合		未・受けた () 回	
	BCG		未・受けた		水痘		未・受けた () 回	
	麻しん・風しん		未・受けた () 回					
	日本脳炎		未・受けた () 回		おたふくかぜ		未・受けた () 回	
	B型肝炎		未・受けた () 回		ロタウイルス		未・受けた () 回	
	その他 _____							
既往歴	熱性けいれん		突発性発疹		手足口病		咽頭結膜熱	
	ヘルパンギーナ		RSウイルス		りんご病		アトピー性皮膚炎	
	喘息		おたふくかぜ		風しん		水ぼうそう	
	はしか		百日咳					
	その他 _____							
アレルギー	なし・あり 具体的に _____							
<p>お子さまについて、ご心配なことがあれば具体的にお書き下さい。</p> <p>お子さまが大好きなこと、キライなことなどあれば教えて下さい。</p>								

上記のとおり、病児保育こもれびを利用したいので、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。

西暦 20 年 月 日

保護者名

④