

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

印

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 児童氏名		男 女	生年 月日	平成 年 月 日 (歳 か月)
利用している施設名	保育園			
	幼稚園			
健康保険(種類) 国保・社保・共済			記号番号	
かかりつけの 医療機関	名称 電話 ()			
児童の健康状況				
これまでかかった主な病気 突発性発疹症、はしか、おたふくかぜ、水ぼうそう、風疹、百日咳 川崎病、溶連菌感染症、その他 ()				
予防接種の実施 状況	ツ反応 (有・無)、三種混合 (有・無)、風疹 (有・無) BCG (有・無)、はしか (有・無)、水痘 (有・無) ポリオ (有・無)、おたふくかぜ (有・無)			
食べ物のアレルギー	ない・ある (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) (勤務先) 電話 (自宅・携帯) ()			
	②氏名 (続柄) (勤務先) 電話 (自宅・携帯) ()			
	③氏名 (続柄) (勤務先) 電話 (自宅・携帯) ()			