第1号様式（第6条関係）

病児保育利用登録書

登録番号（　　）　　※初めて利用される方のみ記入してください。

ふりがな 児童氏名	男 ・ 女 愛称（　　）	健康保険証　記号　　番号 保険者番号 乳幼児福祉医療受給者証番号
生年月日 血 液 型	年　月　日 歳　ヶ月 型（RH　＋　－）	かかりつけ 医療機関 TEL
住　所	〒 TEL	
緊急時連絡先	TEL ①　どなたの連絡先ですか（　　）	
	TEL ②　どなたの連絡先ですか（　　）	
通園・通学先	保育所・幼稚園・小学校（いずれかに○印をつけてください） TEL	

保 護 者	氏　名	続柄	勤 務 先	職種	連 絡 先

予防接種歴				
	生ポリオ	（　1　2　）	MRワクチン	（　1　2　）
	不活化ポリオ	（1　2　3　4）	日本脳炎	（　1　2　3　）
	BCG	（　済　未　）	ヒブワクチン	（1　2　3　4）
	三種混合	（1　2　3　4）	肺炎球菌	（1　2　3　4）
	四種混合	（1　2　3　4）	水痘	（　1　2　）
	その他の予防接種で受けたもの（　　）			

アレルギー歴	
	・食物アレルギー　あり　なし
	（卵　牛乳　大豆　小麦　そば　その他（　　））
	・アトピー性皮膚炎（行っている治療　　）
	・気管支喘息　（行っている治療　　）
	・その他（　　）

かかった病気	
	かかった病気に○印をつけてください
	1. 突発性発疹　2. 麻疹　3. 風疹　4. 水ぼうそう　5. おたふくかぜ
	6. 百日咳　7. 熱性けいれん　8. じんましん　9. 結核
	10. ぜんそく　11. その他（　　）

その他心配事など	

済生会中和病院　病院長　様

上記のとおり病児保育利用の登録を申請します。

年　　月　　日

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞