

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	() (愛称)	男女	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
在園保育所等名	保育所・幼稚園・小学校 (いずれかに○印をつけてください) Tel -			
ふりがな 保護者氏名		家族 構成	父 母 祖父 祖母 兄弟 () 人	
住 所	(〒 -) Tel -			
父 母 の 先 勤 務 先	父	勤務先: 職 種:	Tel - 雇用形態:	
	母	勤務先: 職 種:	Tel - 雇用形態:	
かかりつけ 医療機関名	病院・医院 Tel - 担当医師名 ()			
予 防 接 種 歴	B C G: 年 月	三種混合: 1期1回目 年 月		
	M R: 年 月 (はしか、風疹)	2回目 年 月		
水 痘: 年 月	3回目 年 月			
おたふくかぜ: 年 月	1期追加			
日本脳炎: 1回目 年 月	ポ リ オ: 1回目 年 月			
2回目 年 月	2回目 年 月			
追加 年 月	その他 ()			
アレルギー歴 (○をつけてください)		家族歴		
1 気管支喘息 2 アトピー性皮膚炎		・アレルギー		
3 アレルギー性鼻炎 4 じんましん		・結核		
5 食物アレルギー		・その他		
(ミルク、卵、その他:)				
6 その他のアレルギー ()				
これまでかかった主な感染症と病気 (かかった病気に○をつけてください。)				
1 突然性発疹症 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ				
6 百日咳 7 けいれん (熱:有:無) 8 じんましん 9 結核 10 ぜんそく				
11 その他 ()				
お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書きください。				
好きな食べ物		好きな遊び		

長崎市長 様

上記のとおり病児・病後児保育事業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。

年 月 日

保護者氏名