病後児保育サービス登録申請書

黒石市長　殿　　申請月日：　　年　　月　　日

病後児保育サービスを利用したいので、別紙の実施要綱に同意し、登録を申請します。

保護者氏名：　　印

住所：　　ＴＥＬ：　　（　　）

登録番号	登録希望理由
—	1．就労　2．職業訓練　3．就学　4．その他（

登録児童基本情報

氏名（フリガナ）	家での呼び名	性別	生年月日	血液型
		男 女	日　年　月　日	Rh(＋・－) 型

通園先・通学先

現　在：　無・有（　　）　TEL（　－　－　）

変更有りの時：有（　　）　TEL（　－　－　）

	続柄	氏名（フリガナ）	生年月日	年齢	性別	勤務先	緊急連絡先
同居家族	父		・　・		男・女		
	母		・　・		男・女		
			・　・		男・女		
			・　・		男・女		
			・　・		男・女		
			・　・		男・女		

かかりつけ医	小児科	耳鼻咽喉科	眼科	整形外科	その他

既往歴・予防接種

	4種混合	Hib	肺炎球菌	ロタ	B型肝炎	日本脳炎	麻疹風疹	水　痘	おたふく	BCG
既往	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
1回	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未
2回	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	
3回	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	その他　ポリオ、麻疹、風疹を個別に受けた方はこちらにご記入下さい。			
追加	済・未	済・未	済・未							

アレルギー	原因物質（食物、薬、花粉など詳細）	除去食、禁忌（程度など詳しく）
体質	熱性けいれん　自家中毒　鼻血がでやすい　脱臼しやすい（部位　　）　アトピー　喘息 その他（　　）	
生育歴	出生時身長（　　cm）　出生時体重（　　g） 発達面で経過している事項・・・無・有（　　）	

健康保険

種類	社保　・　国保　・　共済　・　船員　・　その他（　　）
被保険者氏名	
記号・番号	
事業所名	

※　太字の中をご記入下さい。

※　緊急連絡先は、確実に連絡の取れる方（連絡先）をお知らせ下さい。

※　登録の際は、別紙の実施要綱をよくご覧になり不明な点はお尋ね下さい。