

大村市長 様

保護者氏名 _____

利用登録申請書

下記のとおり大村市病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。また、市が利用料減免に係る生活保護受給状況及び課税状況を調査・確認し、並びに申請内容に関する情報を施設に提供することに同意します。

登録番号（ ）

ふりがな 児童氏名	男（愛称） 女	年 月 日生 （ 歳 か月）		
保育所、幼稚園又は学校の名称	TEL	好きな食べ物： 好きな遊び：		
ふりがな 保護者氏名	TEL	家族構成		
住 所	〒	父・母・祖父・祖母 兄弟（ ）人 その他		
勤務先	父： TEL 母： TEL	その他		
通院病院名	担当医師名	TEL		
健康保険被保険者証	記号（ ）	番号（ ）		
福祉医療受給者証番号	保険者番号（ ）			
予 防 接 種 歴	インフルエンザ菌b型 (Hib)	B型肝炎	BCG	日本脳炎
	1回 年 月 2回 年 月 3回 年 月 追加 年 月	1回 年 月 2回 年 月 3回 年 月 追加 年 月	年 月 麻しん（はしか）・風しん 第1期 年 月 第2期 年 月	1回 年 月 2回 年 月 追加 年 月
予 防 接 種 歴	小児用肺炎球菌	ジフテリア・百日せき・破傷風・ボリオ	水痘	ロタウイルス
	1回 年 月 2回 年 月 3回 年 月 追加 年 月	1回 年 月 2回 年 月 3回 年 月 追加 年 月	1回 年 月 2回 年 月	1回 年 月 2回 年 月 3回 年 月
アレルギー歴 1 気管支喘息 2 アトピー性皮膚炎 3 アレルギー性鼻炎 4 じんましん 5 食物アレルギー（ミルク・卵・その他 ） 6 その他のアレルギー （ ）				
家族歴	1 アレルギー 2 結核 3 その他（ ）			
これまでかかった主な感染症等 1 突発性発疹症 2 はしか 3 風しん 4 水ぼうそう 5 おたふく風邪 6 百日咳 7 けいれん（熱：有・無） 8 じんましん 9 結核 10 喘息 11 その他（ ）				
特記事項				