

様式第1号(第4条関係)

病児・病後児保育事業利用登録票

記入者 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

ふりがな			生年月日	H・R 年 月 日生	
氏名			男女	( 歳 ヶ月)	
保護者	ふりがな氏名	( 歳)		お子さんの愛称等	
	住所	〒		兄弟姉妹	歳(男・女)
	電話	— —			歳(男・女)
	職業	父勤務先名 ( ) 電話番号: — — 母勤務先名 ( ) 電話番号: — —			歳(男・女)
緊急連絡先	①電話番号: — —		連絡先名:	続柄:	
	②電話番号: — —		連絡先名:	続柄:	
	③電話番号: — —		連絡先名:	続柄:	
通園及び通学校名	電話番号: — —				
新生児期	出生時の異常 無 ・ 有 ( )				
ミルクのお子さん	ミルクを飲む時間 ( 時間毎) ミルクの一回量 ( ml)				
これまでに受けた予防接種に○印をつけてください。					
予防接種	( )種混合	1回目	ヒ	ブ	1回目
		2回目			2回目
		3回目			3回目
		追加			追加
	ポリオ *3種混合を受けた方のみ	1回目	小児用肺炎球菌	1回目	
		2回目		2回目	
		3回目		3回目	
		追加		追加	
	MR (麻疹・風疹)	1回目	B C G	1回目	
		2回目	おたふくかぜ	受けた・受けていない	
		※麻しん未接種の方は登録受付けておりません	みずぼうそう	受けた・受けていない	
日本脳炎	1回目	ロタウィルス	受けた・受けていない		
	2回目	B型肝炎	受けた・受けてない		
	追加	その他			

\* 2枚目もあります

