

令和 年度病後児保育利用登録書

★本登録の有効期限は申請後初めて迎える 3/31 までです。

楓保育園 奏音のめばえ

利用にあたっては、年度毎の登録が必要です。

施設責任者 様

令和 年 月 日

申請者氏名（保護者） 印

住所

電話番号

ふりがな		加入している 健康保険	保険の種類 ☐ 国保 ☐ 政管 ☐ 社保 ☐ 組合 ☐ その他()
児童氏名			記号番号 保険者番号
生年月日 年齢	年 月 日 歳 ヶ月	通園・通学 しているところ	
通院している 医療機関	医療機関 () 担当医師 () (TEL)		

緊急 連絡先	氏名（続柄）	勤務先・連絡先名	電話番号
	① ()		
	② ()		
	③ ()		

既往歴	☐ 突発性発疹	☐ 麻疹（はしか）・風しん	☐ 咽頭結膜熱
	☐ 水痘（水ぼうそう）	☐ 百日咳	☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	☐ マイコプラズマ肺炎	☐ 川崎病	☐ 手足口病
	☐ とびひ	☐ ヘルパンギーナ	☐ 湿疹
	☐ 熱性けいれん（初回： 歳・最後： 歳）	☐ 伝染性紅斑（りんご病）	
	☐ 喘息	☐ 結核	☐ アトピー性皮膚炎
	☐ 食物アレルギー ()	☐ その他 ()	

常備薬	あり ・ なし ※ありの場合 (朝・昼・晩)
-----	-------------------------

投薬歴	
-----	--

予防接種	☐ BCG(結核)	☐ 水痘（水ぼうそう）
	☐ B 型肝炎	☐ 小児の肺炎球菌感染症
	☐ Hib 感染症	☐ 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	☐ 日本脳炎	☐ ロタウイルス
	☐ MR（麻疹・風しん）	☐ インフルエンザ (年 月接種)
	☐ DT（ジフテリア、破傷風）	☐ その他 ()
	☐ 4 種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ）	

アレルギー の有無	無 有 (症状)
--------------	----------

減免該当 の有無	以下に該当される方は、利用料の減免を受けることができます。 ☐ 生活保護世帯及び当該年度分の市町村民税非課税（利用料 0 円） ☐ 前年度の所得税非課税世帯（利用料 5 0 0 円）
-------------	---

その他 確認事項	
-------------	--