

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		() 男 女 (愛称)	生 年 日 月 日	平成 令和 年 月 日 (歳 月 日 か月)	
在園保育所等名		保育所・認定こども園・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 成 構	父 母 祖 父 祖 母 兄弟 () 人 および本人	
住 所		(〒 -) TEL - -			
父 母 の 勤 務 先	父	勤 務 先 : TEL -			
		職 種 : 雇 用 形 態 :			
	母	勤 務 先 : TEL -			
		職 種 : 雇 用 形 態 :			
かかりつけ 医 療 機 関 名		小児科・医院・病院 TEL - 担当医師名 ()			
予 防 接 種 歴	ヒ ブ	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日
	肺炎球菌	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日
	B型肝炎	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	
	ロタワクチン	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	
	四種混合	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日
	BCG	年 月 日	麻しん風しん	① 年 月 日	② 年 月 日
	水 痘	① 年 月 日	② 年 月 日		
	おたふくかぜ	① 年 月 日	② 年 月 日		
	日本脳炎	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日
	三種混合	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日
	ポリオワクチン	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	④ 年 月 日
	生ポリオワクチン	① 年 月 日	② 年 月 日		
アレルギー歴 (○をつけてください)			家族歴 (○をつけてください)		
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 ()			・アレルギー ・結核 ・その他 ()		
これまでかかった主な感染症と病気 (○をつけてください) 1 突然性発疹症 2 水ぼうそう 3 おたふくかぜ 4 RS 5 中耳炎 6 じんましん 7 熱性けいれん→ () 回・おこった時の年齢 () 歳 8 はしか 9 風しん 10 百日咳 11 その他 () 入院歴 ()					
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		

(あて先) 長崎市長

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 _____