

## 年度 佐世保市病児保育事業利用登録書

佐世保市長 様  
病児保育事業者 様

年 月 日

佐世保市病児保育事業を利用したいので、裏面の同意書に同意の上、登録します。

	登録番号										
ふりがな	_____		男	年	月	日生					
お子さんの名前	(愛称)		女	(	才	か月)					
保護者の 住所・勤務先	(〒 _____ )		TEL	—	—						
	佐世保市 市・郡		丁目	番地	番号						
	父氏名		勤務先								
	生年月日		TEL	—	—						
	母氏名		勤務先								
生年月日		TEL	—	—							
緊急連絡先 携帯でも結構です	連絡先氏名		TEL	—	—						
	連絡先氏名		TEL	—	—						
かかりつけ の病院	_____		病院・医院	TEL	—	—					
			担当医師名 (								
かかりつけ の病院	_____		病院・医院	TEL	—	—					
			担当医師名 (								
加入医療保険 発行機関・番号	_____		1. 社会保険事務所								
	2. 船員健康保険		3. 共済組合	記号	番号						
加入医療保険 発行機関・番号	4. 健康保険組合		5. 国民健康保険								
	( _____ )		・ 保育園								
通園施設・学校			・ 幼稚園								
			・ 認定こども園								
通園施設・学校			・ 小学校								
			※当てはまるものに○								
家族の状況 (父母と本人 以外の家族を 記入すること)	氏	名	性別	続柄	生年月日	職業					
			男・女		・	・					
			男・女		・	・					
			男・女		・	・					
			男・女		・	・					

※ \_\_\_\_\_ の部分は申請者で記入しないでください。

(裏面へ)

※ ■の部分には申請者で記入しないでください。

(該当する事柄に○印をつけてください)			
予 防 接 種 歴	B C G : ( 未接種 ・ 接種済 )		
	4種混合 : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		
	3種混合 : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		
	2種混合 : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		
	ヒブ : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		
	小児用肺炎球菌 : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		
	MR(麻しん・風しん) : ( 未接種 ・ I期 ・ II期 )		
	水ぼうそう : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 )		
	日本脳炎 : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 )		
	B型肝炎 : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )		
	ロタウイルス : ( 未接種 ・ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )		
	おたふくかぜ : ( 未接種 ・ 接種済 )		
	インフルエンザ : ( 未接種 ・ 接種済 )		
その他の他 : ( )			
アレ ル ギ ー 歴	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           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            (卵白・卵黄・ミルク・小麦・大豆・米・そば)            6. その他のアレルギー            ( )         </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">           家族歴            ・アレルギー ・結核            ・その他 ( )         </td> </tr> </table>	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 (卵白・卵黄・ミルク・小麦・大豆・米・そば) 6. その他のアレルギー ( )	家族歴 ・アレルギー ・結核 ・その他 ( )
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 (卵白・卵黄・ミルク・小麦・大豆・米・そば) 6. その他のアレルギー ( )	家族歴 ・アレルギー ・結核 ・その他 ( )		
お子さまの日常生活や心配なことがあれば具体的にお書きください。(保護者記入欄)			
医師所見等			
佐世保市長 様  同意書			
<small>           佐世保市病児保育事業を利用するにあたり、以下の事項に同意します。            ○佐世保市病児保育事業利用登録書の内容について、佐世保市が必要に応じ、公簿による閲覧又は官公署に対し調査すること。            ○佐世保市病児保育事業利用登録書の内容及び利用日数等について、佐世保市が子どもの居住地の自治体に対して報告や確認等を行うこと。         </small>			