

病児保育利用 登録書

年 月 日

みやびハウス 様

申請者氏名 (保護者)

住 所

電話番号(連絡つきやすい番号)

ふりがな		加入してい る健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他()
児童氏名			記号番号 保険者番号
生年月日	年 月 日 生	所属	
年齢	歳 か月		(保育所(園) ・ 幼稚園 ・ こども園) (小学校 ・ 家庭 ・ その他)

	氏名	続柄	勤務先・連絡先	電話番号
緊急連絡先	①			
	②			
	③			
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種	<input type="checkbox"/> B.C.G (結核) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> M.R (麻疹・風疹混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> D.P.T (ジフテリア・百日咳・破傷風 3種混合) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 2種混合 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他 ()			
アレルギーの有無	無 有 (症状)			

※ この登録の有効期限は申請後初めて迎える3月31日までです。利用にあたっては年度ごとの登録が必要です。