

# 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	( ) (愛称) 男 女	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 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 構 成	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 : 職 種 :	TEL - 雇 用 形 態 :
	母	勤 務 先 : 職 種 :	TEL - 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) 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 ( )		家族歴 (○をつけてください) ・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) 病児保育 稲佐ふみキッズ

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

---