ティンカーベル保育園　病児保育事前登録書

登録番号（No.　　）　　年　　月　　日 記入

お子様の氏名	ふりがな	男・女	生年月日 西暦　　年　月　日	血液型 型　Rh（＋・－）
住所	〒 ☎			
第一連絡先	ふりがな 氏名　（続柄　　）　☎			
	勤務先　☎			
第二連絡先	ふりがな 氏名　（続柄　　）　☎			
	勤務先　☎			
通園・通学施設名	☎			
健康保険	種類：社・国・共・その他（　　）　記号：　　番号：　　保険者番号：			
医療証番号	公費負担者番号：　　受給者番号：			
かかりつけ病院	☎		☎	
	☎		☎	

予防接種歴				
ヒブ	未・受けた（　）回	BCG	未・受けた	
肺炎球菌	未・受けた（　）回	麻疹風疹（MR）	未・受けた（　）回	
B型肝炎	未・受けた（　）回	水痘癌	未・受けた（　）回	
ロタウィルス	未・受けた（　）回	おたふくかぜ	未・受けた（　）回	
三種混合　生ポリオ	未・受けた（　）回	日本脳炎	未・受けた（　）回	
四種混合	未・受けた（　）回	インフルエンザ	未・受けた（最終接種：　年　月）	

既往歴	□突発性発疹　□麻疹（はしか）　□風疹（三日はしか）　□水痘癌　□おたふくかぜ　□手足口病 □伝染性紅斑（りんご病）　□百日咳　□咽頭結膜熱　□ヘルパンギーナ　□蕁麻疹　□結核 □喘息　□アトピー性皮膚炎　□とびひ　□その他（　）
アレルギー	なし・あり（アナフィラキシーショック：なし・あり　エピペン所持：なし・あり） 具体的に
けいれん歴	なし・あり（抗けいれん薬使用：なし・あり） 具体的に

お子様について、ご心配なこと、好きなこと、嫌いなこと等、お書きください。

上記の通り、病児保育を利用したいので、登録申請します。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

西暦　　年　　月　　日　　保護者氏名：　　㊞