

病児保育室 ぐうぐう 利用登録書

登録番号(No)

お子さまの名前	ふりがな -----	男・女	生年月日	平成	年	月	日
			愛称()		歳	か	月
在園保育所等	保育園・幼稚園・小学校名 電話番号()- -						
通院病院名							
健康保険被保険者番号	被保険者番号	記号	番号				
医療証番号	公費負担者番号	受給者番号					
保護者氏名	ふりがな ----- (続柄)	電話番号()- -					
保護者住所	〒 -						
緊急連絡先	氏名 (続柄)	電話番号()- -					
	氏名 (続柄)	電話番号()- -					
利用料区分	福岡市在住・生活保護世帯・市県民税非課税世帯・所得税非課税世帯・福岡市外						
<p>予防接種をすでに受けているものには○、すでに感染したのものには◎をつけて下さい。</p> <p>水痘(回) おたふくかぜ(回) 麻疹・風疹(回) 3種混合 4種混合(回) ヒブ(回) 肺炎球菌(回) B型肝炎ワクチン(回) ロタウイルスワクチン(回) 6ヶ月以内のインフルエンザワクチン(回)</p>							
<p>これまでかかった主な感染症と指摘された病気～該当する病気に○をつけて下さい。～</p> <p>① 水ぼうそう ② おたふくかぜ ③ ぎょう虫症 ④ 喘息 ⑤ アトピー性皮膚炎 ⑥ じんましん ⑦ アレルギー性鼻炎 ⑧ 熱性けいれん(回) ⑨ その他() ⑩ 6ヶ月以内の感染：インフルエンザ(型)・RSウイルス感染症・ロタウイルス感染症・ノロウイルス 溶連菌感染症・アデノウイルス感染症・その他 定期的に通院している(病名) (通院病院名)</p>							
<p>アレルギー体質 なし・あり(乳製品・タマゴ・小麦・大豆・エビ・カニ・その他)</p> <p>お子様について、ご心配なこと、ご本人が好きなこと、キライなことなどあれば教えてください。</p>							

上記のとおり、病児保育室を利用したいので、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。

平成 年 月 日

保護者名 _____