

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日												
			愛称() 歳 か月												
在園保育所等	保育園・幼稚園・小学校名														
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	電話番号()- -													
	(続柄)														
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	<input type="checkbox"/> 福岡市在住 ・ <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ・ <input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯 ・ <input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯 ・ <input type="checkbox"/> 福岡市外														
<p>予防接種をすでに受けているもの、すでに感染したものには✓をつけて下さい。</p> <table border="0"> <tr> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水痘(回)</td> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(回)</td> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹(回)</td> </tr> <tr> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4種混合(回)</td> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ヒブ(回)</td> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(回)</td> </tr> <tr> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン(回)</td> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン(回)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内のインフルエンザワクチン(回)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水痘(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4種混合(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ヒブ(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン(回)		予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内のインフルエンザワクチン(回)		
予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 水痘(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹(回)													
予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4種混合(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ヒブ(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(回)													
予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B型肝炎ワクチン(回)	予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン(回)														
予防済 感染済 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内のインフルエンザワクチン(回)															
<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> <input type="checkbox"/>① 水ぼうそう <input type="checkbox"/>② おたふくかぜ <input type="checkbox"/>③ じんましん <input type="checkbox"/>④ 熱性けいれん(回) <input type="checkbox"/>⑤ ぎょう虫症 <input type="checkbox"/>⑥ 喘息 <input type="checkbox"/>⑦ アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>⑧ アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/>⑨ その他() <input type="checkbox"/>⑩ 6ヶ月以内の感染: <input type="checkbox"/>インフルエンザ(型) ・ <input type="checkbox"/>RSウイルス感染症 ・ <input type="checkbox"/>ロタウイルス感染症 ・ <input type="checkbox"/>ノロウイルス ・ <input type="checkbox"/>溶連菌感染症 ・ <input type="checkbox"/>アデノウイルス感染症 ・ <input type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (<input type="checkbox"/>乳製品 ・ <input type="checkbox"/>タマゴ ・ <input type="checkbox"/>小麦 ・ <input type="checkbox"/>大豆 ・ <input type="checkbox"/>エビ ・ <input type="checkbox"/>カニ ・ <input type="checkbox"/>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。

令和 年 月 日

保護者名