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		

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。

予防済 感染済
□ □ 水痘(　回)　　□ □ おたふくかぜ(　回)　　□ □ 麻疹･風疹(　回)
□ □ 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)

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。～

□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　　)

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〈　　〉)

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下さい。

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

>>送信

保護者名