

病児保育こもれび 利用登録書

登録番号 (No. _____)

(ふりがな) 児 童 氏 名		男 女	生年月日 西暦 20 年 月 日 出生体重 (g)	
自 宅 住 所	〒 _____ ☎ _____			
通 園 ・ 通 学 施 設 名	_____ ☎ _____			
通 院 病 院 名	病院 担当医師		_____ ☎ _____	
健 康 保 険 被 保 険 者 番 号	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	
保 護 者	ふりがな 氏名 (続柄) ☎ _____			
	勤務先 ☎ _____			
	ふりがな 氏名 (続柄) ☎ _____			
	勤務先 ☎ _____			
予 防 接 種 歴	ヒブ(インフルエンザ 菌b型) 未・受けた () 回		日本脳炎 未・受けた () 回	
	小児肺炎球菌 未・受けた () 回		ロタウイルス 未・受けた () 回	
	B型肝炎 未・受けた () 回		麻疹風しん 未・受けた () 回	
	4種混合 未・受けた () 回		水痘 未・受けた () 回	
	5種混合 未・受けた () 回		おたふくかぜ 未・受けた () 回	
	BCG 未・受けた			
	その他			
既 往 歴	突発性発疹	RSウイルス感染症	咽頭結膜熱	手足口病
	ヘルパンギーナ	溶連菌感染症	マイコプラズマ肺炎	ヒトメタニューモ感染
	りんご病	おたふくかぜ	水ぼうそう	ノロウイルス感染症
	中耳炎	コロナウイルス感染症	インフルエンザ感染症	
	熱性けいれん なし・あり (具体的に _____)			
	アレルギー なし・あり (具体的に _____)			
入 院 歴	あり・なし (具体的に _____)			
<p>お子さまについて、ご心配なことがあれば具体的にお書きください。 お子さまが大好きなこと、キラいなことなどあれば教えて下さい。</p>				

上記のとおり、病児保育こもれびを利用したいので、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。

西暦 20 年 月 日

保護者名