

利 用 登 録 書

登録番号（ ） ★初めて利用される方のみ記入してください。

(ふりがな) 児童氏名		() (愛称) 男 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)
在園保育所等名		保育所・認定こども園・幼稚園・小学校 (いずれかに○印をつけてください) TEL -		
(ふりがな) 保護者氏名		()	家 族 構 成	父 母 祖 父 祖 母 兄 弟 () 人 および本人
住 所		(〒 -)	TEL -	
父 母 の 勤 務 先	父	勤 務 先 :		TEL -
		職 種 :		雇用形態 :
	母	勤 務 先 :		TEL -
		職 種 :		雇用形態 :
かかりつけ 医療機関名		小児科・医院・病院		TEL - 担当医師名 ()
予 防 接 種 歴	ヒ ブ ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日			
	肺炎球菌① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日			
	B型肝炎① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日			
	ロタワクチン① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日			
	四種混合① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日			
	五種混合① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日			
	BCG 年 月 日		麻しん風しん ① 年 月 日 ② 年 月 日	
	水ぼうそう① 年 月 日 ② 年 月 日			
	おたふくかぜ① 年 月 日 ② 年 月 日			
	日本脳炎① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日			
	その他のワクチン			
	[] ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日			
[] ① 年 月 日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日 ④ 年 月 日				
アレルギー歴 (○をつけてください) 1 気管支喘息 2 アトピー性皮膚炎 3 アレルギー性鼻炎 4 じんましん 5 食物アレルギー (ミルク、卵、その他 :) 6 その他のアレルギー ()			家族歴 (○をつけてください) ・アレルギー ・結核 ・その他 ()	
これまでかかった主な感染症と病気 (○をつけてください) 1 麻しん 2 風しん 3 水ぼうそう 4 おたふくかぜ 5 B型肝炎 6 C型肝炎 7 結核 8 突然性発疹 9 熱性けいれん → () 回・おこった時の年齢 () 歳 10 その他の疾患 () 入院歴・手術歴 ()				
お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書きください。				
好きな食べ物			好きな遊び	

(あて先) 長崎市長
上記のとおり病児・病後児保育事業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。

年 月 日

保護者氏名