

年 月 日
（ 年）

病後児保育事業利用登録票

（あて先）和歌山市長

住 所 _____
 (フガナ)
 保護者名 _____

 電話番号 _____

次のとおり病後児保育事業の利用の登録を申請します。

フガナ				生 年 月 日	性 別
児童名				年 月 日 生	男 ・ 女
通園・通学先	電話番号				
家 族 構 成	氏 名	続柄	職業・学校等	連絡先	
緊 急 連絡先	氏名				
	電話		携帯		
かかりつけ 病院等	名称		主治医名		
	住所		電話番号		
これまでに打った予防接種		これまでに かかった病気	アレルギーの有無（有・無）		
インフルエンザ菌b型(Hib) (済 ・ 未) 小児肺炎球菌 (済 ・ 未) B型肝炎 (HBV) (済 ・ 未) 四種混合(DPT-IPV) (済 ・ 未) BCG (済 ・ 未) 麻しん・風しん (MR) (済 ・ 未) 水痘 (水ぼうそう) (済 ・ 未) 日本脳炎 (済 ・ 未) おたふくかぜ (済 ・ 未) インフルエンザ (済 ・ 未)			<原因となるもの> _____ _____ <その他> _____ _____		
入院の経験	無 ・ 有 (疾患名： _____、 年 月 日 ~ 年 月 日)				
その他 (知的面・身体面での特別の配慮が必要など)					