

年 月 日  
（ 年）

病後児保育利用登録票

（あて先）和歌山市長

住 所 \_\_\_\_\_  
 (フリガナ)  
 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。

フリガナ			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		
これまでにかかった病気と予防接種			アレルギーの有無（有・無）	
	予防接種	かかった病気	<原因となるもの>	
	麻疹（はしか）	（ 済 ・ 未 ） （ 有 ・ 無 ）		
	おたふくかぜ	（ 済 ・ 未 ） （ 有 ・ 無 ）		
	風疹（三日はしか）	（ 済 ・ 未 ） （ 有 ・ 無 ）		
	みずぼうそう	（ 済 ・ 未 ） （ 有 ・ 無 ）	<その他>	
	ポリオ	（ 済 ・ 未 ）		
	BCG	（ 済 ・ 未 ）		
	インフルエンザ	（ 済 ・ 未 ）		
	三種混合	（ 済 ・ 未 ）		
	日本脳炎	（ 済 ・ 未 ）		
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）				