

北九州市病児保育事業事前登録申請書

申請日： 年 月 日

実施施設長 様

住 所

申請者（保護者）氏 名

電 話<自宅>
<携帯>

ふりがな		性	男	生年月日	年	月	日
子どもの氏名		別	女	年 齢	歳	カ	月
在園施設等	保育所・小学校等名称、クラス・組 (電話)						
かかりつけ医	病院・医院 担当医： (電話)						
アレルギー体質の有無	有（詳細に 有の場合 → アナフィラキシー 有 ・ 無) ・ 無						
既往歴 (今までにかかった病気すべてに○を付けてください。)							
1 麻しん（はしか） 2 風しん（三日ばしか） 3 水痘（水ぼうそう） 4 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 5 百日咳 6 突発性発疹 7 R S ウィルス感染症 8 咽頭結膜炎（プール熱） 9 肺炎 10 中耳炎 11 川崎病 12 喘息 13 アトピー性皮膚炎 14 熱性けいれん [初回： 歳 ヶ月、最後： 歳 ヶ月、これまで 回] 15 食物アレルギー（卵、牛乳、小麦、そば、ピーナッツ、その他) 16 その他 ()							
予防接種（これまでに受けたものすべてに○を付けてください。)							
1 B型肝炎 2 ロタウイルス 3 ヒブ 4 肺炎球菌 5 四種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ） 6 B.C.G（結核） 7 MR（麻しん・風しん混合ワクチン） 8 水痘（水ぼうそう） 9 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 10 日本脳炎 11 二種混合（ジフテリア、破傷風） 12 生ポリオ 13 三種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風） 13 インフルエンザ[直近] 14 その他 ()							
注意してほしい点							

注意：この登録申請は、今後の利用申請に的確かつ迅速に対応するため、あらかじめ利用者を把握するもので、利用に際して優先権を与えるものではありません。

上記申請に対し、下記のとおり登録したことを証明する。

登録施設	TEL		
登録児童名	保護者名		
登録番号	登録有効期間	年	月 日まで
登録日	年 月 日	登録施設長名	印

※この事前登録の有効期間は、登録日の属する年度内ですので、年度が変わった時には、再度登録の手続きをしてください。