様式第２号

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		性別	男・女	生年月日	年　月　日
子どもの氏名				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　）・無 有の場合　→　アナフィラキシー　有　・　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　7ＲＳ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 五種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、ヒブ）
6 四種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ）　7 三種混合（ジフテリア、百日咳、破傷風）
8 二種混合（ジフテリア、破傷風）　9 B.C.G(結核)
10 ＭＲ（麻しん・風しん混合ワクチン）　11 水痘（水ぼうそう）
12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　13 日本脳炎　14 生ポリオ　15 インフルエンザ［直近］
16 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	㊞

※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、再度登録の手続をしてください。