

(表)

三沢市病児病後児保育事業利用登録届書

申請者氏名

印

登録年月日	令和 年 月 日	登録番号	—	
保護者	保護者氏名	続柄	勤務先（緊急連絡先）	
	携帯電話 ()		() 市町	
	携帯電話 ()		() 市町	
健康保険証	種類	社保・国保・共済・船員・その他 ()		
	ふりがな 被保険者氏名 (扶養者)			
	記号・番号	記号	番号	
	事業所名			
登録 児 童	児童氏名	性別	血液型	生年月日
	ふりがな		+	平成・令和 年 月 日 生
			—	(4月1日時点の年齢 歳)
	住所 (〒 —)	電話番号 ()		
	施設名称 通学または通園している施設について			
	既往歴 (今までにかかった病気に○をつけてください。)			
	1. 麻疹(はしか)・水痘(水ぼうそう)・風疹(三日はしか)・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)			
	2. 突発性発疹・アトピー性皮膚炎・B型肝炎・肺炎・とびひ・百日咳			
3. 喘息・喘息様気管支炎 【 現在も服薬している場合 毎日服用 ・ 不調時のみ服用 】				
4. 川崎病 【 心臓合併症 有 ・ 無 】				
5. 熱性けいれん 【 今まで 回、最近では： 年 月 日 】				
6. てんかん 【 今まで 回、最近では： 年 月 日 】				
7. 手術を受けた 【 手術年月日：平成 年 月 日 ・ 手術名： 】				
8. その他 【 具体的な病名： 】				

