様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

島原市長　様

利 用 登 録 書 兼 同 意 書

下記のとおり病児・病後児保育事業を利用したいので登録を申請します。
なお、利用期間中は実施施設の指示に従います。

ふりがな 児童氏名		□男 □女	生年月日	年　月　日 （　歳　カ月）
在園施設・学校名			□保育園　□幼稚園 □認定こども園　□小学校	
父母の住所・氏名・勤務先（連絡先）	住所	〒　－		
	父	ふりがな 氏名 TEL　－　－	勤務先 TEL　－　－	
	母	ふりがな 氏名 TEL　－　－	勤務先 TEL　－　－	
かかりつけ医療機関名		病院・医院　TEL　－　－ 担当医師名（　）		

予防接種歴

・ＢＣＧ：（□未接種　□接種済　）
・４種混合：（□未接種　□１回目　□２回目　□３回目　□追加　）
・３種混合：（□未接種　□１回目　□２回目　□３回目　□追加　）
・２種混合：（□未接種　□１回目　□２回目　□３回目　□追加　）
・ヒブ：（□未接種　□１回目　□２回目　□３回目　□追加　）
・小児用肺炎球菌：（□未接種　□１回目　□２回目　□３回目　□追加　）
・ＭＲ(麻しん・風しん)：（□未接種　□Ⅰ期　□Ⅱ期　）
・水ぼうそう：（□未接種　□１回目　□２回目　）
・日本脳炎：（□未接種　□１回目　□２回目　□追加　）
・Ｂ型肝炎：（□未接種　□１回目　□２回目　□３回目　）
・ロタウイルス：（□未接種　□１回目　□２回目　□３回目　）
・おたふくかぜ：（□未接種　□接種済　）
・インフルエンザ：（□未接種　□接種済　）
・その他：（　）

アレルギー歴

□気管支喘息　□アトピー性皮膚炎
□アレルギー性鼻炎　□じんましん
□食物アレルギー
（□卵白　□卵黄　□ミルク　□小麦　□大豆　□米　□そば）
□その他のアレルギー（　）

〔家族歴〕
□アレルギー（　）
□結核
□その他
（　）

これまでかかった主な感染症と病気
□突発性発疹症　□はしか　□風しん　□水ぼうそう　□おたふく風邪　□百日咳
□けいれん（熱：有・無）　□じんましん　□結核　□喘息
□その他（　）

お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書きください。

好きな食べ物	好きな遊び

市が利用料の確認のために必要な範囲で市民税の情報（同一世帯を含む）及び世帯情報などを閲覧し、または収集することに同意します。また、その情報に基づいた利用料及び上記登録内容について、実施施設に対して提示することに同意します。

氏名　　㊞

※市処理欄	登録番号		4月～8月	□2,000円　□0円	9月～3月	□2,000円　□0円