

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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	年 月 日 ( 歳 カ月)
在園施設・学校名	<input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 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：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 ) ・4種混合：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 ) ・3種混合：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 ) ・2種混合：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 ) ・ヒブ：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 ) ・小児用肺炎球菌：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 ) ・MR(麻しん・風しん)：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 ) ・水ぼうそう：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 ) ・日本脳炎：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 ) ・B型肝炎：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ) ・ロタウイルス：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ) ・おたふくかぜ：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 ) ・インフルエンザ：( <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種済 ) ・その他：( )			
ア レ ル ギ ー 歴	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> じんましん		[家族歴] <input type="checkbox"/> アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
これまでかかった主な感染症と病気 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> けいれん(熱：有・無) <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 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 印

※市処理欄	登録番号	4月～8月	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	9月～3月	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
-------	------	-------	--	-------	--