

（宛先）高松市長

高松市病児保育事業登録申出書

ふりがな	生年月日		年	月	日
児童氏名	性別	男・女	年齢	歳	月
自宅住所					
電話番号					
保育所（こども園・幼稚園・小学校）名					
かかりつけの医療機関名					
被保険者証記号番号					
保護者氏名	続柄 ()	勤務先名			
		勤務先電話番号			
		携帯電話番号			
	続柄 ()	勤務先名			
		勤務先電話番号			
		携帯電話番号			
	続柄 ()	勤務先名			
		勤務先電話番号			
		携帯電話番号			
既往症（今までにかかった病気すべてに○を付けてください。）					
1 突発性発疹 2 麻疹（はしか） 3 風疹					
4 水痘（みずぼうそう） 5 先天性疾患 6 熱性けいれん					
7 マイコプラズマ肺炎 8 喘息 9 てんかん					
10 手足口病 11 プール熱					
12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）					
13 治療中の慢性疾患（詳細に ）					
14 その他（ ）					
アレルギー体質の有無		有（詳細に ） ・ 無			
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 BCG 2 ポリオ（1・2） 3 三種混合（1・2・3・追加）					
4 四種混合（1・2・3・追加） 5 麻疹（はしか） 6 風疹					
7 MRワクチン（1・2） 8 日本脳炎（1・2・追加）					
9 B型肝炎ワクチン 10 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）					
11 水痘（みずぼうそう） 12 ヒブワクチン					
13 小児用肺炎球菌ワクチン 14 ロタウイルスワクチン					
15 その他（ ）					
注意して欲しい点					

備考 「被保険者証記号番号」の欄は、実施施設が病院または診療所である場合に設けるものとする。