

（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	平成 年 月 日
児童氏名		性別	男・女 年齢 歳 月
自宅住所	高松市		
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。