第１号様式（第８条関係）

利　用　登　録　書

登録番号（　　）　　★初めて利用される方のみ記入してください。

（　ふりがな　） 児　童　氏　名	（　　） 男　女 （愛称　　）	生　年 月　日	年　　月　　日 （　　歳　　か月）
在園保育所等名	保育所・認定こども園・幼稚園・小学校（いずれかに○印をつけてください） ＴＥＬ　　－		
（　ふりがな　） 保護者氏名	（　　）	家　族 構　成	父　母　祖父　祖母 兄弟（　　）人　および本人
住　　所	（〒　　－　　）　　ＴＥＬ　　－		

父　母　の 勤　務　先	父	勤 務 先：	ＴＥＬ　　－
		職　　種：	雇用形態：
	母	勤 務 先：	ＴＥＬ　　－
		職　　種：	雇用形態：
かかりつけ 医療機関名		小児科・医院・病院	ＴＥＬ　　－
			担当医師名（　　）

予防接種歴		
ヒ　ブ ①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日 ④　年　月　日		
肺炎球菌①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日 ④　年　月　日		
Ｂ型肝炎①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日		
ロタワクチン①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日		
四種混合①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日 ④　年　月　日		
五種混合①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日 ④　年　月　日		
ＢＣＧ　年　月　日	麻しん風しん ①　年　月　日 ②　年　月　日	
水ぼうそう①　年　月　日 ②　年　月　日		
おたふくかぜ①　年　月　日 ②　年　月　日		
日本脳炎①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日 ④　年　月　日		
その他のワクチン		
〔　　〕①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日 ④　年　月　日		
〔　　〕①　年　月　日 ②　年　月　日 ③　年　月　日 ④　年　月　日		

アレルギー歴（○をつけてください） １　気管支喘息　　２　アトピー性皮膚炎 ３　アレルギー性鼻炎　　４　じんましん ５　食物アレルギー（ミルク、卵、その他：　　） ６　その他のアレルギー（　　）	家族歴（○をつけてください） ・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（○をつけてください）
１　麻しん　　２　風しん　　３　水ぼうそう　　４　おたふくかぜ　　５　Ｂ型肝炎
６　Ｃ型肝炎　　７　結核　　８　突然性発疹
９　熱性けいれん→（　　）回・おこった時の年齢（　　）歳
１０　その他の疾患（　　）
入院歴・手術歴
（　　）

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

（あて先）　長崎市長

上記のとおり病児・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、利用期間中は施設の指示に従います。

年　　月　　日

保護者氏名