

①病児病後児保育室利用登録書

児 童	ふりがな		愛称	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 カ月)		
	住所	〒		
	通所施設	保育園 (所) 幼稚園		電話
	かかりつけ医	電話		
	緊急連絡先①	名前 (続柄)		電話
		勤務先		電話
緊急連絡先②	名前 (続柄)		電話	
	勤務先		電話	

これまでに受けた予防接種に○をしてください。

予 防 接 種	Hib	三種混合	MR (麻疹・風疹)	ロタウイルス	肺炎球菌	B型肝炎
	おたふくかぜ	BCG	四種混合	ポリオ	水疱瘡	日本脳炎

これまでにかかった病気に○と () 内にコメントをしてください。

既 往 症	突発性発疹	風疹	じんましん (原因:		喘息	はしか
	みずぼうそう	溶連菌感染症	おたふくかぜ	熱性けいれん (今まで 回くらい。最後は 年 月ごろ		

そ の 他	アレルギー	ない	ある (具体的に)
	食事制限	ない	ある (具体的に)
	常備薬	ない	ある (具体的に)

その他、伝えておきたいことや心配なことがあれば書いてください。