

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 ヲ月)		
	住所	〒		
	通所施設	保育園 (所) 電話 幼稚園		
	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 月頃)		

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。

*	職員確認欄	在園児	在園児兄弟・卒園児	コヤマスポーツスクール
---	-------	-----	-----------	-------------

