

「サンカフェ・はらまち」病児保育室 利用者登録（申請）票 ※太枠内をご記入下さい。

登録番号		受付者	受付日：令和 年 月 日	記入日：令和 年 月 日
登 録 児 童	児童氏名（ふりがな）	愛 称	性 別	生 年 月 日
	( )		男・女	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 か月)
	自宅住所			
	自宅電話番号	通園・通学施設名		
	かかりつけ医	医療機関名：	担当医：	先生
保 護 者	氏名（ふりがな）	( )	氏名（ふりがな）	( )
	続柄	父 ・ 母 ・ その他 ( )	続柄	父 ・ 母 ・ その他 ( )
	携帯番号		携帯番号	
	勤務先	職種	勤務先	職種
	勤務先電話番号		勤務先電話番号	
◆その他 緊急連絡先（保護者の方の他に連絡の取れる方を記入して下さい）				
氏名： 続柄： 電話番号：				
予 防 接 種	受けた予防接種に○を付けて下さい。			
	1、BCG    2、Hib（1回・2回・3回・追加）    3、肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） 4、3種（4種）混合（1回・2回・3回・追加）    5、ポリオ（1回・2回・追加） 6、MR（1期・2期）    7、はしか（麻疹）（1期・2期）    8、風疹（1期・2期） 9、日本脳炎（1回・2回・追加）    10、水泡瘡（1回・2回）    11、おたふく（1回・2回） 12、ロタウイルス（1回・2回）    13、B型肝炎（1回・2回・3回） 14、インフルエンザ 昨年 1回・2回    15、その他（    ）			
こ れ ま で の 病 気	主な感染症、病気に○を付けて下さい。			
	1、出生時の異常    2、突発性発疹    3、はしか    4、風疹    5、水ぼうそう    6、おたふく 7、熱性けいれん（これまでの回数 回） ★初回 歳 か月 ★最後 歳 か月 8、アトピー性皮膚炎    9、喘息及び気管支炎 10、その他（    ）			
薬	入院したことが ない ・ ある    病名（    ）			
	常用服用している薬（内服薬・塗り薬・吸入薬など）    ない ・ ある 具体的に書き下さい。			
そ の 他	食事制限    ない ・ ある    (    )			
	体質（薬物アレルギー等）や、心配なこと、配慮して欲しいことについて具体的にお書きください。			
※この欄に記載されていない、お子様の特殊事情によって起こった事故について当園は責任を負いません。				