病児デイケアルーム利用登録書

登録番号(No.　　)

お子さまの名前	ふりがな	男	生年月日　　年　　月　　日
		女	愛称　　歳　　か月
在園保育所等	保育所・幼稚園・小学校名 電話番号(　　)-(　　)-(　　)		
通院病院名	病院 電話番号(　　)-(　　)-(　　) 担当医師		
健康保険被保険者番号	記号　　番号　　被保険者番号		
医療証番号			
保護者氏名	ふりがな	電話番号(　　)-(　　)-(　　)	
保護者住所	〒　　ー		
緊急連絡先		電話番号(　　)-(　　)-(　　)	
		電話番号(　　)-(　　)-(　　)	
利用料区分	福岡市内　　市外		

予防接種				
	BCG	受けていない ・ 受けた	ロタ	受けていない・受けた(1・2・3)
	ヒブワクチン	受けていない ・ 受けた(1・2・3・追加)		
	肺炎球菌ワクチン	受けていない ・ 受けた(1・2・3・追加)		
	B型肝炎ワクチン	受けていない ・ 受けた(1・2・3)		
	3/4/5種混合	受けていない ・ 受けた(I期1・2・3　I期追加)		
	ポリオ	受けていない・受けた(1・2・3・4	麻疹・風疹混合	受けていない・受けた(Ⅰ・Ⅱ)
	水ぼうそう	受けていない ・ 受けた(1、2)	おたふくかぜ	受けていない・受けた(1、2)

これまでかかった主な感染症と病気　～かかった病気に○をつけて下さい～

1 熱性けいれん(　才のとき))	7 ヘルパンギーナ	13 風疹
2 突発性発疹	8 りんご病	14 はしか
3 水ぼうそう	9 RSウイルス感染症	15 その他
4 おたふくかぜ	10 百日咳	
5 手足口病	11 アトピー性皮膚炎	
6 咽頭結膜熱	12 喘息	

アレルギー体質　無 ・ 有 具体的に(　　)
(食物:ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他　　)

お子様について、ご心配なことがあれば、具体的にお書き下さい。

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、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。

令和　　年　　月　　日

たんぽぽデイケアルーム　様

保護者名