



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	〒 -						
緊急連絡先			電話番号()-()-()				
			電話番号()-()-()				
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)					
	三・四種混合	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。

年 月 日

たんぽぽデイケアルーム 様

保護者名
