



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)																					
<p>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～</p> <table border="0"> <tr> <td>1 熱性けいれん(才のとき)</td> <td>7 ヘルパンギーナ</td> <td>13 風疹</td> </tr> <tr> <td>2 突発性発疹</td> <td>8 りんご病</td> <td>14 はしか</td> </tr> <tr> <td>3 水ぼうそう</td> <td>9 RSウイルス感染症</td> <td>15 その他</td> </tr> <tr> <td>4 おたふくかぜ</td> <td>10 百日咳</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 手足口病</td> <td>11 アトピー性皮膚炎</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 咽頭結膜熱</td> <td>12 喘息</td> <td></td> </tr> </table>								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	
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																								
<p>アレルギー体質 無 ・ 有 具体的に()</p> <p>(食物:ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他)</p>																									
<p>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。</p>																									

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
