

病児保育室利用登録票

ふくつライオン保育園 病児保育室

年 月 日

申請者（保護者） 住所

氏名

印

電話番号

病児保育室の利用登録について、次のとおり届出をいたします。

ふりがな	性別	生年月日
児童氏名	(男・女)	年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)	電話番号 ()	
通園・通学先 ()		
出生時の異常 (なし・あり) ありの場合 ()		
発育・発達の状況で気になることが (ない・ある) あるの場合 ()		
かかりつけの病院		
名称	主治医名	
住所	電話番号 ()	
緊急 連絡先	氏名 続柄 ()	氏名 続柄 ()
	(勤務先の場合は名称) ()	(勤務先の場合は名称) ()
	電話番号 ()	電話番号 ()
予 防 接 種	BCG (受けていない・受けた)	水ぼうそう (受けていない・受けた)
	ヒブ (受けていない・受けた)	ロタ (受けていない・受けた)
	肺炎球菌 (受けていない・受けた)	麻疹風疹 (受けていない・受けた)
	B型肝炎 (受けていない・受けた)	おたふくかぜ (受けていない・受けた)
	4種混合 (受けていない・受けた)	インフルエンザ (受けていない・受けた)
そ の 他	食物アレルギー 牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他 ()	
	薬物アレルギー 種類等 ()	
	熱性けいれん既往 (なし・あり) / 最終発作 (年 月 日) ダイアアップ使用 (なし・あり)	
	その他 (心配なこと、配慮して欲しいことについてご記入ください。)	

登録の際、健康保険証と乳幼児医療費受給者証の確認をさせていただきますので
ご持参いただきますようお願いいたします。