

## 病児デイケアルーム利用登録書

登録番号 (NO )

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                             |                 |        |                   |   |    |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|--------|-------------------|---|----|---|
| お子さまの<br>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<br>電話番号( )-( )-( ) |                             |                 |        |                   |   |    |   |
| 通院病院名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 病 院<br>電話番号( )-( )-( )<br>担当医師  |                             |                 |        |                   |   |    |   |
| 健康保険被<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 4 種 混 合                         | 受けていない・受けた（Ⅰ期1回 2回 3回 Ⅰ期追加） |                 |        |                   |   |    |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B C G                           | 受けていない・受けた                  |                 | ポ リ オ  | 受けていない・受けた（1回・2回） |   |    |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | は し か                           | 受けていない・受けた                  |                 | 風 疹    | 受けていない・受けた        |   |    |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 水ぼうそう                           | 受けていない・受けた                  |                 | おたふくかぜ | 受けていない・受けた        |   |    |   |
| 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。～<br>1 突発性発疹                      2 はしか                      3 風疹<br>4 水ぼうそう                      5 おたふくかぜ                      6 手足口病<br>7 りんご病                      8 百日咳                      9 咽頭結膜熱<br>10 ヘルパンギーナ                      11 熱性けいれん                      12 じんましん<br>13 結核                      14 喘息                      15 アトピー性皮膚炎<br>16 とびひ                      17 その他 |                                 |                             |                 |        |                   |   |    |   |
| アレルギー体質 無・有（具体的に ）<br>（食 物：ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他 ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                             |                 |        |                   |   |    |   |
| お子さまについて、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 保護者名

病児デイケアルーム 様