

## 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	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。～ 1 突発性発疹                      2 はしか                              3 風疹 4 水ぼうそう                      5 おたふくかぜ                      6 手足口病 7 りんご病                              8 百日咳                              9 咽頭結膜熱 10 ヘルパンギーナ                      11 熱性けいれん                      12 じんましん 13 結核                                      14 喘息                                      15 アトピー性皮膚炎 16 とびひ                                      17 その他						
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