

# 病児保育室「ケロくんピョンちゃん」利用者登録（申請）書

番号 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

児童氏名（ふりがな）	愛称	性別	生年月日
		男・女	歳      月
自宅住所（〒      ）			
自宅電話：      （      ）      自宅FAX：      （      ）			
児童兄弟姉妹	歳（男・女）	歳（男・女）	歳（男・女）
通園通学施設名	市	保育園・幼稚園・小学校	電話      （      ）
かかりつけ医	医院・病院      （      先生）		
保護者緊急連絡	氏名 1      （      歳）	氏名 2      （      歳）	
	続柄      父・母・その他（      ）	続柄      父・母・その他（      ）	
	携帯電話      （      ）	携帯電話      （      ）	
	勤務先      職種	勤務先	
	電話      （      ）	電話      （      ）	
その他 緊急連絡先（保護者の方の他に連絡の取れる方を記入して下さい）			
第 3	氏名      続柄	第 4	氏名      続柄
電話		電話	電話
出生時の状況	出生時体重      g 妊娠期間 分娩時の状況（正常・帝王切開・仮死・      ） 出生時の異常      なし・あり（病名      ）		
予防接種	※受けた予防接種に○をつけてください。 1. BCG    2. ヒブ（1回・2回・3回 追加） 3. 肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） 4. 3種（4種）混合（1回・2回・3回追加） 5. ポリオ（1回・2回・追加） 6. MR（1期・2期） 7. 日本脳炎（1回・2回・追加） 8. 水疱瘡（1回・2回） 9. おたふく（1回・2回） 10. ロタウィルス（1回・2回） 11. B型肝炎（1回・2回・3回） 12. その他（      ）		
これまでにかかった主な感染症・病気      ※○をつけてください。 1. 突発性湿疹    2. はしか    3. 風疹    4. 水ぼうそう    5. おたふく 6. 熱性けいれん（回数      回）（最後はいつ？      年 月 日）（座薬の指示 有・無） 7. アトピー性皮膚炎    8. 喘息および喘息様気管支炎（治療中・悪化時のみ） 9. その他			
入院したことが      ない ・ ある      （病名      ）			
常用服用している薬      ない ・ ある（      ）			
食事制限      ない・ある（      ）			
お子様について特に知らせておきたいこと（体質・くせ・心配な事 等） ※アレルギー - は具体的にお書き下さい   ※この欄に記載されていない、お子様の特殊事情によって起こった事故について当園は責任を負いません。			