

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()-()-()
利用料区分	生活保護世帯・市県民税非課税世帯・所得税非課税世帯・その他の世帯					
予 防 接 種	三種混合	受けていない・受けた(期 1回 2回 3回 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。

平成 年 月 日 保護者名

____部病児デイケアルーム 様