

病児保育室まめっこくらぶ 利用登録票



※は保育室記入

登録番号※				登録日※	年	月	日	(写真) まめっこにて撮影します
ふりがな			生年月日					
氏名	男	女	H R	年	月	日		
自宅住所								
自宅電話								
保護者名	ふりがな							
	父							
	ふりがな							
	母							
きょうだい名(続柄)								
お子さまの愛称								
該当する減免	生活保護 ・ 市民税非課税 ・ 所得税非課税 ・ 該当なし							
緊急連絡先	電話	連絡者氏名		続柄	連絡先名(自宅・職場)			
	1)							
	2)							
	3)							
通園・通学先							かかりつけ医院	
予防接種歴	ヒブワクチン []回 4(3)種混合 [初1 2 3 追加] おたふくかぜ [1 2]回 肺炎球菌 []回 麻しん風しん(MR) [1期 2期] みずぼうそう [1 2]回 ロタワクチン []回 日本脳炎 [初1 初2 追加] B型肝炎 []回							
感染症歴	突発性発疹()才 みずぼうそう()才 おたふくかぜ()才 その他							
出生時	体重	g	/	妊娠	週	主な栄養(母乳・ミルク・半々)		
アレルギー	食物アレルギー: なし あり→(制限内容を具体的に: その他のアレルギー: なし あり→(内容を具体的に:							
主な病気	熱性けいれん : なし ・ あり→()才 ダイアップの予防を している・していない 気管支喘息 : なし ・ あり→毎日服用している予防薬・吸入があれば記入(アトピー性皮膚炎 : なし ・ あり アレルギー性鼻炎・結膜炎 : なし ・ あり その他 :							
保育士に伝えておきたいこと								