

# 利用基本情報（病児保育室こねこ）

★年度の初回利用時に必ず提出してください★

登録番号：				記入日：西暦	年	月	日（ ）
(ふりがな) 児童氏名				性別	愛称		
				男・女			
生年月日	西暦	年	月	日			
自宅住所	(〒 - )						
電話番号							
通園施設名							

## 同居家族

保護者①	氏名		続柄	父・母・その他（ ）			
	携帯番号		勤務先 電話番号				
	勤務先名称						

保護者②	氏名		続柄	父・母・その他（ ）			
	携帯番号		勤務先 電話番号				
	勤務先名称						

登録児童の兄弟など	氏名		続柄				
生年月日	西暦	年		月	日		

登録児童の兄弟など	氏名		続柄				
生年月日	西暦	年		月	日		

登録児童の兄弟など	氏名		続柄				
生年月日	西暦	年		月	日		

接種済みの予防接種に○を付けてください。

予防接種	4種混合・3種混合（1回・2回・3回・追加）	インフルエンザB菌(7v)（1回・2回・3回・追加）
	B型肝炎ワクチン（1回・2回・3回）	肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）
	水痘（1回・2回）	おたふくかぜ（1回・2回）
	ロタウイルス（1回・2回・3回）	麻疹・風疹混合（MR）（1回・2回）

これまでかかった主な病気にも○を付けてください

既往歴	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. 新型コロナウイルス (Covid-19)						
	7. 熱性けいれん (回数: 回) (最後: 西暦 年 月 日) (坐薬の指示: 有・無 °C以上で使用)						
	8. アトピー性皮膚炎 9. 喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ)						
	10. その他の病気						

入院経験	有・無	1. 病名:	( 歳 ヶ月)
		2. 病名:	( 歳 ヶ月)

常用している薬	有・無	具体的に:
---------	-----	-------

アレルギー	有・無	具体的に:
-------	-----	-------

お子様について 特に知らせて おきたいこと	食物・薬物・ほこり・動物等のアレルギーやアトピーのある場合には、必ず詳細にお書きください。 また、癖や心配ごと、配慮してほしいことについても具体的にお書きください。
-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

※この書面に記載のない、お子様の特殊事情によって起こった事故については当保育室では責任を負いません。