

利用児基本情報（病児保育室しーず）

— 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

登録児童	児童氏名（ふりがな）			愛称		性別
						男・女
	生年月日	西暦	年 月 日	体重	kg	平熱 _____ °C
	自宅住所	(〒 _____)		電話： _____		
通園施設名	電話： _____					

保護者・緊急連絡先		保護者 1	保護者 2
	(かな)氏名	(_____) (_____ 歳)	(_____) (_____ 歳)
	続柄	父・母・その他 (_____)	父・母・その他 (_____)
	携帯電話	電話： _____	電話： _____
		mail： _____	mail： _____
	勤務先	法人名・部署名 _____	法人名・部署名 _____
電話： _____		電話： _____	
その他緊急連絡先	氏名・児童との関係・電話番号・連絡先の名称等 _____		

予防接種	H i b	受けてない・受けた（1回・2回・3回・追加）	M R	受けてない・受けた（1回・2回）
	肺炎球菌	受けてない・受けた（1回・2回・3回・追加）	水痘	受けてない・受けた（1回・2回）
	B型肝炎	受けてない・受けた（1回・2回・3回）	おたふく	受けてない・受けた（1回・2回）
	四種混合	受けてない・受けた（1回・2回・3回・追加）	ロタ	受けてない・受けた（1回・2回・3回）
	B C G	受けてない・受けた	日本脳炎	受けてない・受けた（1回・2回・1期追加）

既往症等について	これまでかかった主な病気に○をつけてください 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. 肘内障 7. 熱性けいれん（回数： _____ 回）（最後は _____ 年 _____ 月 _____ 日）（座薬の指示：無・有【 _____ °C以上で使用】） 8. 喘息及び喘息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ） 9. アトピー性皮膚炎 10. 出生時の異常（無・有（ _____ ）） 11. 発育・発達（気になることなし・少し遅れていると思う・わからない・健診や通園施設で指摘有） 12. その他（ _____ ）			
	入院の経験	無・有	1. 病名： _____ (_____ 歳 _____ 月)	3. 病名： _____ (_____ 歳 _____ 月)
			2. 病名： _____ (_____ 歳 _____ 月)	4. 病名： _____ (_____ 歳 _____ 月)
	常用している薬	無・有	具体的に： _____	
	アレルギー	無・有	具体的に： _____	
食事制限	無・有	具体的に： _____		
お子さまについてとく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、お子さま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。