

利用基本情報 (Pico チャイルドケア)

★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	令和	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	平成・令和	年	月	日 歳 カ月
	自宅住所	(〒 -)					
	通園施設名						平熱

保護者等連絡先		連絡先①	連絡先②
	氏名(かな)	()	()
	続柄	父・母・その他()	父・母・その他()
	電話番号	- -	- -
	勤務先	名称・部署名 電話番号：	名称・部署名 電話番号：

※緊急時は①から順に連絡させていただきます。

予防接種	B型肝炎	未・1回・2回・3回	麻疹・風疹混合(MR)	未・1回・2回
	ロタウイルス	未・1回・2回・3回	水痘	未・1回・2回
	インフルエンザ菌B型(ヒブ)	未・1回・2回・3回・追加	おたふくかぜ	未・1回・2回
	肺炎球菌	未・1回・2回・3回・追加	日本脳炎	未・1回・2回・1期追加
	四種混合・三種混合	未・1回・2回・3回・追加	インフルエンザ	未・1回・2回
	BCG	未・済	コロナウイルス	未・1回・2回・3回・追加

既往歴等	これまでかかったことのある病気に○をつけてください。 1. 突発性発疹 2. 麻疹 3. 風疹 4. 水痘 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん(回数: 回)(最終発作: 年 月 日)(坐薬の指示: 有・無 °C以上で使用) 7. 肘内障 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()		
	入院歴	有・無	病名() 歳 カ月 病名() 歳 カ月
	常用薬	有・無	具体的に：
	アレルギー	有・無	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。
その他	現在、治療中や経過観察中の症状や病気がある場合はお知らせください。 また、癖や心配事、配慮してほしいことについてありましたら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。