

ID		登録番号	
----	--	------	--

令和 年 病児保育室そらまめ利用登録申込書

令和 年 月 日 記入
申請者名 印

登 録 児 童	ふりがな		愛称	性別	生年月日	
	児童氏名			男 女	年 月 日 (歳 ヶ月)	
	自宅住所 (〒 -)		自宅電話番号: ()			
	児童の兄弟姉妹《氏名・年齢・(性別)》					
	(歳)()		(歳)()		(歳)()	
	(歳)()		(歳)()		(歳)()	
通園施設名		()市 区 町 村 ()保育園・幼稚園・こども園・小学校				
保 護 者 連 絡 先	氏名	(歳)	氏名	(歳)		
	続柄	勤務先:	続柄	勤務先:		
		職 種:		職 種:		
		職場電話: ()		職場電話: ()		
	携帯電話: ()		携帯電話: ()			
予 防 接 種	四種混合	受けていない・受けた(1期1回 2回 3回 1期追加)				
	BCG	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた		
	MR 麻しん・風疹	受けていない・受けた	小児用肺炎球菌	受けていない・受けた		
	ヒブ	受けていない・受けた	B型肝炎	受けていない・受けた		
	水ぼうそう	受けていない・受けた	ロタウイルス	受けていない・受けた		
これまでにかかった主な感染症・病気 ~かかった病気に○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 熱性けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 7 アトピー性皮膚炎 8 喘息・喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9 その他()						
入院歴	ない・ある(病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月)					
常時服用している薬	ない・ある(具体的に:)					
食事制限	ない・ある(具体的に:)					
その他	体質(薬物アレルギー等)や、癖など心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください					

* 末尾の太枠はこちらで記入しますので記入しないで下さい。

利用料金	市内 ・ 市外	受付日	処理	
------	---------	-----	----	--