

# 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	℃
	自宅住所（〒 - ）								
	自宅電話：								
通園施設名		保育園等				電話：			

	保護者 1		保護者 2	
	氏名 (かな)	( 歳)	( 歳)	
続柄	父・母・その他 ( )	父・母・その他 ( )		
携帯 電話	電話番号：	電話番号：		
	E-mail：	E-mail：		
勤務 先	法人名・部署名	法人名・部署名		
	電話番号：	電話番号：		
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	四種混合	受けていない・受けた（ 1回・2回・3回・4回 ）			
	B型肝炎ワクチン	受けていない・受けた（ 1回・2回・3回 ）			
	肺炎球菌	受けていない・受けた（ 1回・2回・3回・追加 ）			
	H i b	受けていない・受けた（ 1回・2回・3回・追加 ）			
	水痘	受けていない・受けた	おたふく	受けていない・受けた	MR（麻疹・風疹）

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. 熱性けいれん（回数： 回）（最後は H 年 月 日）（座薬の指示：無・有【 ℃以上で使用】）					
	7. アトピー性皮膚炎 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. その他（ ）					
入院の経験	無・有	1. 病名： ( 歳 ヶ月)	3. 病名： ( 歳 ヶ月)			
		2. 病名： ( 歳 ヶ月)	4. 病名： ( 歳 ヶ月)			
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。