

## 病児デイケアルーム利用登録書

登録番号 (NO )

お子さまの名 前	ふりがな	男	生年月日	年	月	日																		
		女	愛称		歳	か月																		
在園保育所等	保育所・幼稚園・小学校名 電話番号( )-( )-( )																							
通院病院名	病 院 電話番号( )-( )-( ) 担当医師																							
健康保険被保険者番号	記号                      番号                      被保険者番号																							
医療証番号	8 1 4 0			他にご利用予定のご兄弟名																				
保護者氏名	ふりがな			電話番号( )-( )-( )																				
保護者住所	〒                      -																							
緊急連絡先				電話番号( )-( )-( )																				
				電話番号( )-( )-( )																				
利用料区分	生活保護世帯 ・ 市県民税非課税世帯 ・ 所得税非課税世帯 ・ その他の世帯																							
予 防 接 種	4 種 混 合	受けていない・受けた (I期1回 2回 3回 I期追加)																						
	B C G	受けていない・受けた		ポ リ オ	受けていない・受けた (1回・2回)																			
	は し か	受けていない・受けた		風 疹	受けていない・受けた																			
	水ぼうそう	受けていない・受けた		おたふくかぜ	受けていない・受けた																			
<p>これまでかかった主な感染症と病気 ～かかった病気に ○ をつけて下さい。～</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 突発性発疹</td> <td style="width: 33%;">2 はしか</td> <td style="width: 33%;">3 風疹</td> </tr> <tr> <td>4 水ぼうそう</td> <td>5 おたふくかぜ</td> <td>6 手足口病</td> </tr> <tr> <td>7 りんご病</td> <td>8 百日咳</td> <td>9 咽頭結膜熱</td> </tr> <tr> <td>10 ヘルパンギーナ</td> <td>11 熱性けいれん</td> <td>12 じんましん</td> </tr> <tr> <td>13 結核</td> <td>14 喘息</td> <td>15 アトピー性皮膚炎</td> </tr> <tr> <td>16 とびひ</td> <td>17 その他</td> <td></td> </tr> </table>							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 手足口病	7 りんご病	8 百日咳	9 咽頭結膜熱	10 ヘルパンギーナ	11 熱性けいれん	12 じんましん	13 結核	14 喘息	15 アトピー性皮膚炎	16 とびひ	17 その他	
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 手足口病																						
7 りんご病	8 百日咳	9 咽頭結膜熱																						
10 ヘルパンギーナ	11 熱性けいれん	12 じんましん																						
13 結核	14 喘息	15 アトピー性皮膚炎																						
16 とびひ	17 その他																							
アレルギー体質 無・有 (具体的に ) (食 物: ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他 )																								
お子さまについて、ご心配なことがあれば、具体的にお書き下さい。																								

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、登録を申請します。  
なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

平成    年    月    日    保護者名

きもと小児科病児デイケアルーム    様