きもと小児科病児デイケアルーム利用登録書

登録番号（NO　　）　　令和 5年 3月 1日改訂版

名　前	ふりがな	男・女	生年月日 平成 ・令和　年　月　日 （　歳　か月）	
在園保育所等	保育所・幼稚園・小学校名			
通院病院名				
健康保険被保険者番号	記号　番号　枝番　保険者番号			
医療証番号	8 1 4 0		他にご利用予定の兄弟名	
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	受けてない・受けた（　回）	はしか・風疹	受けてない・受けた（　回）
	ヒブ	受けてない・受けた（　回）	おたふくかぜ	受けてない・受けた（　回）
	肺炎球菌	受けてない・受けた（　回）	水ぼうそう	受けてない・受けた（　回）
	BCG	受けてない・受けた		

これまでに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～

1 はしか　2 風疹　3 水ぼうそう
4 おたふくかぜ　5 百日咳　6 熱性けいれん
7 結核　8 その他 （　）

アレルギー　有 ・ 無　（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。

上記の通り、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。

年　月　日　保護者名