

## 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			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	負担者番号		受給者番号			
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		B型肝炎	受けていない・受けた	
	B C G	受けていない・受けた		ヒブ・肺球	受けていない・受けた	
	MR	受けていない・1回・2回		ロタ	受けていない・受けた	
	水ぼうそう	受けていない・1回・2回		おたふくかぜ	受けていない・受けた	
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。～ 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。

令和 年 月 日 保護者名