

病児デイケアルーム井尻 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 カ月
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 担当医師 電話番号 () - () - ()		
健康保険被保険者番号	記号 番号	被保険者番号	
公費負担者番号 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	予防接種をすでに受けたものには をつけてください。		
	ヒブ (回) 肺炎球菌 (回) B型肝炎 (回) ロタウイルス (回)		
	4 種混合 (回) 麻疹、風疹MR (回) 水痘 (回) おたふくかぜ (回)		
これまでかかった主な感染症と病気 にかかった病気に 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

病児デイケアルーム井尻 様