

登録番号	
------	--

利用料免除番号	
---------	--

# 病児保育室はぐるーむ 利用者登録票

令和 年 月 日記入

記入者氏名 \_\_\_\_\_

## 1 世帯・児童の状況等

ふりがな	男	生年月日	西暦	年	月	日
氏名	女		現在	歳	ヶ月	
保護者	父	氏名 ( 歳)	お子さんの愛称(呼び名)			
	母	氏名 ( 歳)				
	自宅住所(〒 )					
	自宅電話 ( )					
兄弟	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)	
職業	父			母		
緊急連絡先	父	携帯				
		勤務先電話番号	勤務先:			
	母	携帯				
		勤務先電話番号	勤務先:			
通っている園・小学校:			電話番号			
かかりつけ医名:			電話番号			
予防接種	ヒブ; 1回目・2回目・3回目・4回目			肺炎球菌; 1回目・2回目・3回目・4回目		
	B型肝炎; 1回目・2回目・3回目			ロタ; 接種なし 接種あり		
	4種(3種)混合; 1回目・2回目・3回目・4回目			BCG; 接種なし 接種あり		
	MR(麻疹風疹混合); 1回目・2回目			水痘(みずぼうそう); 1回目・2回目		
	ムンプス(おたふく); 1回目・2回目					
	日本脳炎; 1期1回・1期2回・追加・II期					
	その他 ( )					

※予防接種欄は終了したものに○を付けてください。

## 2 既往歴

既往歴	麻疹(はしか); 罹患なし 罹患あり( 歳 ヶ月)		水ぼうそう; 罹患なし 罹患あり( 歳 ヶ月)		
	百日咳; 罹患なし 罹患あり( 歳 ヶ月)		おたふく; 罹患なし 罹患あり( 歳 ヶ月)		
	B型肝炎; キャリアである キャリアでない ※キャリアとは母子感染などで体内にB型肝炎ウイルスを保有している状態です				
	熱性痙攣; 初回( 歳 ヶ月) 最後( 歳 ヶ月) (これまでに 回)				
	食物アレルギー なし あり ※ありの場合はその食べものと症状を詳しくご記入ください。				
	その他の疾患:				
	入院歴(年齢、病名など詳しくご記入ください)				
その他	体質や癖など、配慮して欲しいことがあれば何でもご記入ください。				