登録番号	
------	--

利用料免除番号	
---------	--

病児保育室はぐるーむ 利用登録票

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	性別	生年月日	西暦	年	月	日
氏名	男 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) 歳(男・女)					
職業	父			母		
緊急連絡先	父	携帯電話番号:				
		勤務先:	勤務先電話番号:			
	母	携帯電話番号:				
		勤務先:	勤務先電話番号:			
通っている園・小学校:			電話番号:			
かかりつけ医:						

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 あり なし ※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、内服中の薬や通院治療中の疾患があれば記載をお願いします。	
その他	入院歴(年齢、病名、症状など記載ください)	
	体質や癖、配慮して欲しいことなどがあれば何でもご記入ください。	