

病児保育リトル・ワイキキ ②【登録書】

令和 年 月 日

住 所 日南市

保護者名

電話番号
(連絡が付きやすい番号)

ふりがな				生年月日	性 別	通っている園・学校名
お子様の氏名	H・R			年 月 日 歳 ヶ月	男・女	
家族への連絡先	連絡先	氏 名	続 柄	電話番号		
	第1連絡先					
	第2連絡先					
既往症 (これまでに かかった病気 すべてに○)	1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風疹(三日ばしか) 5. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 6. 伝染性紅斑(リンゴ病) 7. 熱性けいれん			8. 川崎病 9. 結核 10. 喘息 11. アトピー性皮膚炎 12. 食物アレルギー (牛乳・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・) 13. その他()		
アレルギー 体質の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細⇒					
予防接種 (これまでに 受けたもの すべてに○)	1. ヒブ(1・2・3・追) 2. 肺炎球菌(1・2・3・追) 3. ロタ【1・2・(3)】 4. B型肺炎(1・2・3) 5. DPT-IPV(四種混合) 6. D.P.T(三種混合) 7. ポリオ【(1・2)・3・追】			8. BCG 9. MR(麻疹・風疹混合)(1・2) 10. 水痘(1・2) 11. おたふくかぜ(1・2) 12. 日本脳炎(1・2・追) 13. 今秋冬インフルエンザ(1・2)		
その他	保育上注意して欲しいこと・配慮して欲しいこと					
かかりつけの 医療機関名						
加入医療 保険	記号	番号	保険者名		保険者番号	