病児保育ぬくもり　②【登録書】

令和　　年　　月　　日

住所　西都市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号
（連絡がつく番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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〇）	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.　伝染病紅斑（りんご病） 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	・無　　・有　詳細⇒	
予防接種（これまでに受けたものすべてに〇）	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 11.　おたふくかぜ（１・２） 12.　日本脳炎（１・２・追） 13.　インフルエンザ（１・２）
その他	保育上注意してほしいこと・配慮してほしいこと	
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