

病 児 保 育 室 「 き ら ら 」 利 用 登 録 申 込 書

申請者	印
登録番号	

保 護 者 等 連 絡 先	保護者氏名	続柄	緊急連絡先（勤務先の住所）
	携帯電話 ー ー		連絡先 電話 ()
	携帯電話 ー ー		連絡先 電話 ()
	携帯電話 ー ー		連絡先 電話 ()
※連絡先は2名以上記入してください。昼間でも連絡のつきやすい番号をお願いします。			
備 考			

登 録 児 童	氏 名	性別	生年月日
	(ふりがな)		
	在籍している保育所等の名称		
	住所 (〒 ー) 電話 () FAX ()		
	かかりつけの医師 医療機関名 電話 () 担当医師名		
	平熱 °C	血液型 型	好きな遊び
加入している健康保険	保険の種類 ☐ 国保 ☐ 協会けんぽ ☐ 組合 ☐ その他 () 記号番号 保険者番号		

これまでに受けた予防接種と感染した病気				アレルギー（特異）体質について
病気	予防接種	感染	備考	1.アレルギー性の病気の経験がありますか？ あれば病名及びアレルゲン（原因となるもの）等、具体的に記入して下さい。 また、食事制限されている方も記入して下さい。
MR（麻疹・風疹）	済・未	有・無		
おたふく	済・未	有・無		
水痘	済・未	有・無		
B C G	済・未	有・無		
四種混合（百日咳・破傷風・ジ フテリア・ポリオ）	済・未	有・無		
ヒブ	済・未	有・無		
肺炎球菌	済・未	有・無		
B型肝炎	済・未	有・無		
ロタウイルス	済・未	有・無		
日本脳炎	済・未	有・無		
その他 ()	済・未	有・無		2.薬物アレルギーの経験があれば記入して下さい。また合わない薬があればそ の名称も記入して下さい。
ひきつけについて				
過去のひきつけの有無と回数		有 ・ 無 (回)		
最近の発作		年 月 日頃		
診断名				3.その他、使用できない薬品名があれば記入して下さい。
けいれん止めの薬（座薬も含む）の名称及び 使用方法		(熱や使用量など具体的に)		
入院の経験（入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入して下さい） 1 なし 2 あり 【 歳 ヶ月、 病名 】 【 歳 ヶ月、 病名 】				
常時内服している薬（常時内服している薬がある場合は具体的に記入して下さい。） 1 なし 2 ある 【具体的に】				
その他（心配なこと、配慮してほしいことについて記入して下さい。）				