

## 病児デイケアルーム利用登録書

登録番号 (NO )

|  |  |                              |        |            |                    |    |
|--|--|------------------------------|--------|------------|--------------------|----|
| お子さまの名前  | ふりがな                                   | 男                            | 生年月日   | 年          | 月                  | 日  |
|  |  | 女                            | 愛称     |            | 歳                  | か月 |
| 在園保育所等   | 保育所・幼稚園・小学校名<br>電話番号( )-( )-( )        |                              |        |            |                    |    |
| 通院病院名  | 病院<br>電話番号( )-( )-( )<br>担当医師          |                              |        |            |                    |    |
| 健康保険被保険者番号   | 記号 番号 被保険者番号                           |                              |        |            |                    |    |
| 医療証番号  |  |                              |        |            |                    |    |
| 保護者氏名  | ふりがな                                   | 電話番号( )-( )-( )              |        |            |                    |    |
| 保護者住所  | 〒 -                                    |                              |        |            |                    |    |
| 緊急連絡先  | 電話番号( )-( )-( )                        |                              |        |            |                    |    |
|  | 電話番号( )-( )-( )                        |                              |        |            |                    |    |
| 利用料区分  | 生活保護世帯 ・ 市県民税非課税世帯 ・ 所得税非課税世帯 ・ その他の世帯 |                              |        |            |                    |    |
| 予防接種   | 4種混合                                   | 受けていない・受けた (I期1回 2回 3回 I期追加) |        |            |                    |    |
|  | B C G                                  | 受けていない・受けた                   | ヒ      | フ          | 受けていない・受けた (1回・2回) |    |
|  | 麻疹(はしか)                                | 受けていない・受けた                   | 風      | 疹          | 受けていない・受けた         |    |
|  | 水ぼうそう                                  | 受けていない・受けた                   | おたふくかぜ | 受けていない・受けた |                    |    |
| これまでかかった主な感染症と病気 ～かかった病気に ○ をつけて下さい。～<br>1 突発性発疹                      2 はしか                              3 風疹<br>4 水ぼうそう                      5 おたふくかぜ                      6 手足口病<br>7 りんご病                          8 百日咳                              9 咽頭結膜熱<br>10 ヘルパンギーナ                  11 熱性けいれん                      12 じんましん<br>13 結核                                14 喘息                                15 アトピー性皮膚炎<br>16 とびひ                              17 その他 |  |                              |        |            |                    |    |
| アレルギー体質 無・有 (具体的に )<br>(食物: ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他 )  |  |                              |        |            |                    |    |
| お子さまについて、ご心配なことがあれば、具体的にお書き下さい。  |  |                              |        |            |                    |    |

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、登録を申請します。  
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

令和 年 月 日 保護者名

\_\_\_\_\_病児デイケアルーム 様