

病児保育室まめっこくらぶ 利用登録票



※は保育室記入

登録番号※				登録日※	年	月	日	(写真) まめっこにて撮影します								
ふりがな	生年月日															
氏名	男	女	H R	年	月	日										
自宅住所																
自宅電話																
保護者名	ふりがな															
	父															
	ふりがな															
	母															
きょうだい名(続柄)																
お子さまの愛称																
該当する減免 生活保護・市民税非課税・所得税非課税・該当なし																
緊急連絡先	電話	連絡者氏名		続柄	連絡先名(自宅・職場)											
	1)															
	2)															
	3)															
通園・通学先							かかりつけ医院									
<p>予防接種歴</p> <table border="0"> <tr> <td>ヒブワクチン []回</td> <td>4(3)種混合 [初1 2 3 追加]</td> <td>おたふくかぜ [1 2]回</td> </tr> <tr> <td>肺炎球菌 []回</td> <td>麻しん風しん(MR) [1期 2期]</td> <td>みずぼうそう [1 2]回</td> </tr> <tr> <td>ロタワクチン []回</td> <td>日本脳炎 [初1 初2 追加]</td> <td>B型肝炎 []回</td> </tr> </table>								ヒブワクチン []回	4(3)種混合 [初1 2 3 追加]	おたふくかぜ [1 2]回	肺炎球菌 []回	麻しん風しん(MR) [1期 2期]	みずぼうそう [1 2]回	ロタワクチン []回	日本脳炎 [初1 初2 追加]	B型肝炎 []回
ヒブワクチン []回	4(3)種混合 [初1 2 3 追加]	おたふくかぜ [1 2]回														
肺炎球菌 []回	麻しん風しん(MR) [1期 2期]	みずぼうそう [1 2]回														
ロタワクチン []回	日本脳炎 [初1 初2 追加]	B型肝炎 []回														
感染症歴	突発性発疹()才 みずぼうそう()才 おたふくかぜ()才 その他															
出生時	体重 g / 妊娠 週 主な栄養(母乳・ミルク・半々)															
アレルギー	食物アレルギー: なし あり→(制限内容を具体的に: その他のアレルギー: なし あり→(内容を具体的に:															
主な病気	熱性けいれん : なし・あり→()才 ダイアップの予防を している・していない 気管支喘息 : なし・あり→毎日服用している予防薬・吸入があれば記入(アトピー性皮膚炎 : なし・あり アレルギー性鼻炎・結膜炎 : なし・あり その他 :															
保育士に伝えておきたいこと																