

クルメキッズランド 病児保育登録票

登録番号					
------	--	--	--	--	--

利用日(記入日)	年 月 日	利用児の在籍	当園児・正進幼稚園児・一般(年生)		
フリガナ		性別	生 年 月 日		
利用児名		男・女	西暦 年 月 日 (歳 ヵ月) [現在]		
住所・電話	(〒 -)	固定電話(- -)			
健康保険証 (左詰めで記入)	保険種類	社保・国保・その他()	医療証 (左詰めで記入)	負担者番号	
	保険者番号			受給者番号	
	記号				
	番号				

家族について	保護者	氏名	続柄	携帯電話番号	勤務先名	勤務先連絡電話番号	
	保護者	(生年月日/ 年 月 日)		- -		- -	
	兄弟			性別	男・女	年齢 歳	正進幼稚園在園 在園・非在園
	兄弟			性別	男・女	年齢 歳	在園・非在園
	兄弟			性別	男・女	年齢 歳	在園・非在園
緊急連絡先	優先①	氏名	続柄	携帯電話番号	勤務先名	勤務先連絡電話番号	
	優先②			- -		- -	
	優先③			- -		- -	
	優先④			- -		- -	

ホームドクター	①	電話(- -)
	②	電話(- -)

予防接種	Hib	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	MR	受けた↓ 受けてない (1回 2回)	BCG	受けた 受けてない
	小児肺炎球菌	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	水痘	受けた↓ 受けてない (1回 2回)		
	4種混合	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回 追加)	B型肝炎	受けた↓ 受けてない (1回 2回 3回)		

これまでの既往歴等	これまでにかかった主な感染症と病気 (かかった病気に○印をつけてください)	
	①突発性発疹 ②はしか ③風疹 ④おたふくかぜ ⑤水疱瘡 ⑥手足口病 ⑦りんご病 ⑧百日咳 ⑨じんましん ⑩とびひ ⑪結核 ⑫ヘルパンギーナ ⑬プール熱 ⑭その他()	
	⑮喘息	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
	薬	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> なし
	吸入	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> なし
	⑯アレルギー体質	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない ※食物アレルギー含む、具体的な内容を記入
⑰熱性けいれん	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	
	初回	歳 ヵ月
	最後	歳 ヵ月
	これまでの回数	回
これまでに入院歴・通院歴(風邪など軽いものは除く)のある方はご記入ください。		
病名等・内容	(歳 ヵ月)	
病名等・内容	(歳 ヵ月)	
病名等・内容	(歳 ヵ月)	
■出生時体重	g	
■出生時異常	なし・あり→()	

上記の通り、クルメキッズランドを利用したいので申し込みます。

年 月 日

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

保護者

印