

# ろくごう病児保育室 登録票

R					

ふりがな 名前	男 女	愛称	生年月日 20 年 月 日
------------	--------	----	---------------

住所 〒  自宅電話番号( ) -
-------------------------

通園施設	かかりつけ医
------	--------

母親	
携帯番号	
アドレス	
勤務先名	
電話	部署
勤務先最寄駅	当室まで

父親	
携帯番号	
アドレス	
勤務先名	
電話	部署
勤務先最寄駅	当室まで 分

送迎される方(父母以外)祖父・祖母・兄姉・知人  名前 携帯番号
---

緊急連絡先 (大災害時に使用。遠方実家でも構いません。) 名前  電話番号
---

家族構成(父母以外で同居のみ) 祖父・祖母・兄・姉・弟・妹・その他→
---------------------------------------

その他、お伝えいただく事がありましたら、  
この場所におねがいします。

既往症 突発性発疹( 歳) 水痘( 歳) 熱性痙攣( 歳) おたふくかぜ( 歳) 気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎 その他→
---

出生時の異常 無・有( )
発育発達の異常 無・有( )
食物アレルギー 無・有(制限食 )
入院歴 無・有(病名 )
現在通院中 無・有(病名 )

7時	冷食	スナック	連絡帳

利用料金区分 徴取・減額・免除

受付 年 月 日 職員サイン