

ろくごう病児保育室 登録票

記入日 年 月 日

生年月日 年 月 日

ふりがな	男	愛称
名前	女	

住所 〒
自宅電話番号() -

通園施設	かかりつけ医 六郷こどもクリニック・他()
	当室までの 時間 分 徒歩・自転車・バス・車・電車

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

父親	
携帯番号	
アドレス	
勤務先	
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 (遠方・実家でも構いません)
名前
電話番号
災害時に保護者と連絡がとれなかった場合に使用

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。

予防接種(○をつける)	インフルエンザ
B型肝炎(1・2・3) BCG	平成 年(1・2)
ロタ(1・2・3) MR(1・2)	平成 年(1・2)
ヒブ(1・2・3・追加) 水痘(1・2)	平成 年(1・2)
肺炎球菌(1・2・3・追加) おたふく(1・2)	平成 年(1・2)
四種混合(1・2・3・追加) 日本脳炎(1・2・追加)	平成 年(1・2)

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

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)

利用料金区分 徴取・減額・免除

受付 年 月 日 職員サイン