

# 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 六郷こどもクリニック ・ 他→
---------------------	------	------------------------------

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 分

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。

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