病児保育園アリエル登録書

西暦　　　年　　　月　　　日　　　　　**ID：　　　　B－**

|  |
| --- |
| <お子様>ふりがな氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　呼び方：生年月日　西暦　　　年　　月　　日　 男・女　 第　　子　 年齢　　　　　歳　　　ヵ月　　　その他兄弟　兄・弟・姉・妹 |
| <保護者様>父　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　父　携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 母　携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　父　勤務先 電話　　　　　 　　　　　母　勤務先　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　　 　　　　　緊急連絡先(1)　氏名　　　　　　　　　　児童との関係 　　　　　　 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　緊急連絡先(2)　氏名　　　　　　　　　　児童との関係 　　　　　 　　　　 電話 |
| 現在通園、通学中の施設の名称かかりつけ医の名称 |
| 出生前の特記事項 |
| 生後発育・発達の特記事項 |
| ・熱性けいれん(チェックリストあり)　無・有（今までに　　回）最終　西暦　　　年　　月ごろ・入院　　　 無・有（病名　　　　　　　　　　　）・アレルギー（１）薬アレルギー　　無・有　　薬剤名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症状　　　　　　　　　　　　　（２）食物アレルギー　無・有　　食物名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症状　　　　　　　　　　　　　（３）他のアレルギー　無・有　　物質名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　症状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <接種名> | <予防接種状況>(回数) | <感染状況> |
| ヒブ |  1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |  |
| 肺炎球菌 |  1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |  |
| 四種混合 |  1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 |  |
| ＢＣＧ | 1 |  |
| ＭＲ | 1　・　2 | 感染した　・　未 |
| 水痘 | 1　・　2 | 感染した　・　未 |
| 日本脳炎 | 1　・　2　・　3 |  |
| Ｂ型肝炎 | 1　・　2　・　3 |  |
| ロタウイルス | 1　・　2　・　3 | 感染した　・　未 |
| おたふく | 1　・　2 | 感染した　・　未 |
| インフルエンザ(今季) | 1　・　2 |  |
|  |  |  |
| **平熱** | 　　　 　 **℃** |  |

その他特記事項・要望等 |
|  |

当園の利用につき説明をうけ、了承同意します。

個人情報は適切に管理致します。

氏名：