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：