

病児デイケアルーム利用登録書

登録番号(No.) カルテ No.()

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|---------|-------------------|---|-----------------|-----------------|-----------|-------|---------|--------|--------|---------|-------------|--------|----------|--------|--|--------|-------------|--|---------|-------|--|
| お子さまの名前 | ふりがな | 男 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 女 | 愛称 | 歳 | か | 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在園保育所等 | 保育所・幼稚園・小学校名 電話番号()-()-() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通院病院名 | 病院 電話番号()-()-() 担当医師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険 被保険者番号 | 記号 | 番号 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | ふりがな | 電話番号()-()-() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | | 電話番号()-()-() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 電話番号()-()-() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料区分 | 生活保護世帯 ・ 市県民税非課税世帯 ・ 所得税非課税世帯 ・ その他の世帯 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予防接種 | BCG | 受けていない・受けた | ロタ | 受けていない・受けた(1・2・3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ヒブワクチン | 受けていない・受けた(1・2・3・追加) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 肺炎球菌ワクチン | 受けていない・受けた(1・2・3・追加) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 三・四種混合 | 受けていない・受けた(Ⅰ期 1・2・3 Ⅰ期追加) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ポリオ | 受けていない・受けた(1・2・3・4) | 麻疹・風疹混合 | 受けていない・受けた(Ⅰ・Ⅱ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 水ぼうそう | 受けていない・受けた | おたふくかぜ | 受けていない・受けた | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>これまでにかかった主な感染症と病気 ～かかった病気に○をつけてください～</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 熱性けいれん(才のとき)</td> <td style="width: 33%;">7 ヘルパンギーナ</td> <td style="width: 33%;">13 風疹</td> </tr> <tr> <td>2 突発性発疹</td> <td>8 りんご病</td> <td>14 はしか</td> </tr> <tr> <td>3 水ぼうそう</td> <td>9 RSウイルス感染症</td> <td>15 その他</td> </tr> <tr> <td>4 おたふくかぜ</td> <td>10 百日咳</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 手足口病</td> <td>11 アトピー性皮膚炎</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 咽頭結膜熱</td> <td>12 喘息</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | 1 熱性けいれん(才のとき) | 7 ヘルパンギーナ | 13 風疹 | 2 突発性発疹 | 8 りんご病 | 14 はしか | 3 水ぼうそう | 9 RSウイルス感染症 | 15 その他 | 4 おたふくかぜ | 10 百日咳 | | 5 手足口病 | 11 アトピー性皮膚炎 | | 6 咽頭結膜熱 | 12 喘息 | |
| 1 熱性けいれん(才のとき) | 7 ヘルパンギーナ | 13 風疹 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 突発性発疹 | 8 りんご病 | 14 はしか | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 水ぼうそう | 9 RSウイルス感染症 | 15 その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 おたふくかぜ | 10 百日咳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 手足口病 | 11 アトピー性皮膚炎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 咽頭結膜熱 | 12 喘息 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー体質 無 ・ 有 具体的に() (食物:ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| お子さまについて、ご心配なことがあれば、具体的にお書きください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、登録を申請します。
 なお利用期間中は、施設の指示に従います。

キッズデイケアルーム城南 様

平成 年 月 日
保護者名