



# 病児デイケアルーム利用登録書

登録番号(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<br>電話番号( )-( )-( )        |                            |        |                 |                   |    |
| 通院病院名  | 病院<br>電話番号( )-( )-( )<br>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)     |        |                 |                   |    |
|  | B型肝炎ワクチン                               | 受けていない ・ 受けた(1・2・3)        |        |                 |                   |    |
|  | 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(1、2)                      |                            | おたふくかぜ | 受けていない・受けた(1、2) |                   |    |
| これまでかかった主な感染症と病気 ～かかった病気に○をつけて下さい～                   |  |                            |        |                 |                   |    |
| 1 熱性けいれん( オのとき )      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( )<br>(食物:ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他 ) |  |                            |        |                 |                   |    |
| お子様について、ご心配なことがあれば、具体的にお書き下さい。                       |  |                            |        |                 |                   |    |

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。

たんぽぽデイケアルーム 様

平成 年 月 日  
保護者名