

# 利用登録シート

※以下の項目をご記入ください

(ふりがな)

利用者のお名前 : \_\_\_\_\_ 性別 : 男の子 ・ 女の子

生年月日 : 平成・令和 年      月      日 年齢 :      歳      か月

保護者のお名前 : \_\_\_\_\_ 続柄 : \_\_\_\_\_

緊急連絡先 ① 電話番号 \_\_\_\_\_ (連絡先のお名前 \_\_\_\_\_ )

緊急連絡先 ② 電話番号 \_\_\_\_\_ (連絡先のお名前 \_\_\_\_\_ )

【当てはまるものに○をしてください】

① かかりつけ医が 無 ・ 有 ※ (医療機関名→ \_\_\_\_\_ )

② 現在、保育園・保育所・小学校などに通園または通学を ・している ・ していない

(学校名→ \_\_\_\_\_ )

③ 今までにかかったことのある病気に○をしてください。

- ・麻疹 (はしか)      ・水痘 (みずぼうそう)      ・風疹      ・咽頭結膜炎 (プール熱)
- ・突発性発疹症      ・流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)      ・百日咳
- ・手足口病      ・肺炎 (マイコプラズマ・細菌性・RS ウイルスなど)      ・とびひ
- ・B型肝炎      ・喘息・喘息性気管支炎      ・アトピー性皮膚炎
- ・川崎病      ・熱性けいれん (初回      歳      ヶ月時・最終      歳      ヶ月時・回数      回)
- ・てんかん      ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

④ 食物アレルギーはありますか? 無 ・ 有

( 牛乳・卵・そば・牛肉・小麦・大豆      その他→ \_\_\_\_\_ )

⑤ これまでに受けた予防接種に○をしてください。

・四種混合【Ⅰ期：1回目・2回目・3回目・追加】	・日本脳炎【Ⅰ期：1回目・2回目・追加・Ⅱ期】
・三種混合【Ⅰ期：1回目・2回目・3回目・追加】	・おたふくかぜ【初回・追加】
・ポリオ 生ワクチン【1回目・2回目】	・水痘 (みずぼうそう)【初回・追加】
・ポリオ不活化ワクチン【Ⅰ期：1回目・2回目・3回目・追加】	・インフルエンザワクチン【直近 <u>    </u> 年 <u>    </u> 月ごろ】
・麻疹 風疹 (MR) ワクチン【Ⅰ期・Ⅱ期】	・その他 ( _____ )

⑥ 常時内服しているお薬がありますか？ 無 ・ 有

そのお薬について具体的に記入してください

⑦ 入院をしたことがありますか？ 無 ・ 有

入院時期や病名について具体的に記入してください

⑧ 配慮してほしいことや心配なことなどがあれば記入してください。

※以上になります。ご記入にありがとうございました。