

利用登録シート

新規・更新

記入日 西暦 年 月 日

※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 : 西暦 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。

- ・ 突発性発疹症
- ・ 水痘 (みずぼうそう)
- ・ 風疹
- ・ 咽頭結膜炎 (プール熱)
- ・ 麻疹 (はしか)
- ・ 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
- ・ てんかん
- ・ その他

④ 熱性けいれん 無 ・ 有

(初回 _____ 歳 _____ ヶ月時・最終 _____ 歳 _____ ヶ月時・回数 _____ 回)

ダイアアップ処方 (有 _____ ・ 無 _____)

※有の場合は指示記入→ (_____)

⑤ 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→)

⑥ 普段から、内服しているお薬がありますか？ 無 ・ 有

※有の方は、そのお薬について具体的に記入して下さい

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下さい

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下さい。

*** 予防接種歴の確認のため母子手帳をお持ちください ***

(コピーを取らせて頂きます)

※以上になります。ご記入ありがとうございました。