

# 利用登録シート(2025年度) 新規・更新

記入日 西暦 年 月 日

(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 \_\_\_\_\_ ヶ月

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】

住所 【播磨町・加古川市・明石市・稲美町・その他 ( \_\_\_\_\_ )】

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 ・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 無 ・ 有

※有の場合は指示記入→ ( \_\_\_\_\_ )

↓裏も記入お願いします

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。