

すみっこケアルーム利用登録書

年 月 日

申請者氏名（保護者）

住所

【登録番号No. 】

電話番号（連絡が付きやすい番号）

ふりがな			加入している健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 組合保険 <input type="checkbox"/> 政府管掌健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護	
児童氏名				男・女	
生年月日	H R	年 月 日	所属	() 保育園（所）・幼稚園・こども園 小学校・家庭・その他 ()	
年齢	歳	ヵ月			
かかりつけ医	名前 () 電話番号 ()				
緊急 連絡先 <small>(2つは記入してください)</small>	氏名	続柄	携帯電話	勤務先電話番号	
	①				
	②				
	③				
既往歴	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/>突発性発疹 <input type="checkbox"/>結核 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>百日咳 <input type="checkbox"/>肺炎 <input type="checkbox"/>咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/>手足口病 <input type="checkbox"/>麻疹（はしか） <input type="checkbox"/>風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/>水痘（水ぼうそう） </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/>流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/>伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/>蕁麻疹 <input type="checkbox"/>川崎病 <input type="checkbox"/>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>熱性けいれん () 回 最終 年 月 日 ダイアアップ処方： あり ・ なし <input type="checkbox"/>その他 () </div> </div>				
入院歴	なし ・ あり * ありの場合、下記を記入してください。				
	病名 () 入院時期 ()				
	病名 () 入院時期 ()				
	病名 () 入院時期 ()				
	病名 () 入院時期 ()				
予防接種	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>ロタウイルス <input type="checkbox"/>肺炎球菌 <input type="checkbox"/>ヒブ <input type="checkbox"/>B型肝炎 </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>4種混合 <input type="checkbox"/>BCG <input type="checkbox"/>日本脳炎 <input type="checkbox"/>麻疹・風疹 </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/>水ぼうそう <input type="checkbox"/>おたふくかぜ </div> </div>				
アレルギーの有無	なし ・ あり 症状 () 牛乳 ・ 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 大豆 ・ その他 ()				

* この登録の有効期限は申請後初めて迎える3月31日までです。利用にあたっては年度ごとの登録が必要です。

健康保険証は毎回ご利用のたびに提出をお願い致します。