

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				男・女	愛称	
児童氏名					所属	()
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日			保育園（所）・幼稚園・こども園 小学校・家庭・その他（ ）		
年齢	歳 カ月					
かかりつけ医	名前（ ） 電話番号（ ）					
緊急 連絡先 (2つ記入して ください)	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 <div style="text-align: right;">最終 年 月 日</div> <div style="text-align: right;">ダイアップ処方： あり ・ なし</div> <input type="checkbox"/> その他（ ） </div> </div>					
入院歴 手術歴	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"/> 5種混合（R6.4月～） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹 <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 ()					

*** この登録は登録して初めて迎える3月31日まで有効です。利用にあたっては年度ごとの登録が必要になります**