

病児・病後児保育事業（ホッと館）利用者登録書

平成 年 月 日

				登録番号	
病児児童	ふりがな	愛称	性別	生年月日	
	児童氏名				
			男・女	平成 年 月 日	
住所（〒 - ）熊本県球磨郡					
自宅電話番号（ ）					
通園施設（ ）保育園・幼稚園・小学校 施設電話番号					
保護者 連絡先 (必ず2 名記入し てくださ い)	①氏名		続柄 父 ・ 母 その他（ ）		
	勤務先		電話番号	携帯	
	②氏名		続柄 父 ・ 母 その他（ ）		
	勤務先		電話番号	携帯	
予防接種	四種混合	未接種 ・ 接種済		インフルエンザ	未接種 ・ 接種済
	BCG	未接種 ・ 接種済		MR二種混合	未接種 ・ 接種済
	Hib	未接種 ・ 接種済			未接種 ・ 接種済
既往歴	1. 水ぼうそう 2. おたふくかぜ 3. 喘息および喘息性気管支炎(治療中・発作時のみ) 4. 熱性けいれん (回数 回) 5. アトピー性皮膚炎 6. その他				
入院歴	ない・ある (病気: 歳 ヶ月) (病気: 歳 ヶ月)				
服用薬	常時内服している薬が ない ・ ある ⇒具体的に:				
気をつけること	<ul style="list-style-type: none"> ・ 熱性けいれん (有 ・ 無) ・ 食物アレルギー (有 ・ 無) 種類 () ・ 体質・くせなどあればご記入ください。 				
その他	心配なことや配慮して欲しいことを具体的にお書き下さい				