

病児・病後児保育事業(ホッと館)利用者登録書

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	西暦	年 月 日
	(人中第 子)				
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	五種混合	未接種・接種済		BCG	未接種・接種済
	四種混合	未接種・接種済		MR	未接種・接種済
	Hib	未接種・接種済		水痘	未接種・接種済
	小児肺炎球菌	未接種・接種済		日本脳炎	未接種・接種済
	B型肝炎	未接種・接種済		おたふく	未接種・接種済
	ロタ	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	・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				