病児保育室利用登録票（在園児）

登録番号(　　)　　利用契約期間：　　年　　月　　日から1年間

お子様の名前	ふりがな 男・女	生年月日　　年　　月　　日	
住　所		携帯電話：	
緊急連絡先	氏　名　　（続柄　　）　電話番号		
	氏　名　　（続柄　　）　電話番号		
かかりつけの医療機関	病院等名 担当医師	TEL	

予防接種	BCG	未接種　・　接種済	水ぼうそう	未接種・接種済（　1　・　2　）
	ヒブ	未接種・接種済（1　2　3 追加）	ロタ	未接種・接種済（1　2　3）
	肺炎球菌	未接種・接種済（1　2　3 追加）	麻疹風疹	未接種・接種済（　I　・　II　）
	B型肝炎	未接種・接種済（　1　2　3　）	おたふくかぜ	未接種・接種済（　1　・　2　）
	四種混合	未接種・接種済（I期1.2.3 I期追加）		
	インフルエンザ	0歳児・1歳児・2歳児・3歳児・4歳児・5歳児　その他（　　歳）		

これまでかかった感染症と病気　　～かかった病気に〇をつけてください～

1　熱性けいれん（　　歳）　2　突発性発疹　3　水ぼうそう　4　おたふくかぜ　5　風疹

6　麻疹（はしか）　7　百日咳　8　中耳炎　9 気管支喘息　10その他（　　）

アレルギーの有無	無　・　有　（具体的に：　　）

気になることがあれば記入してください

上記のとおり、登録を申請します。

なお、利用期間中は利用規約に同意し施設の指示に従います。　　令和　　年　　月　　日

みなみの風保育園　様

保護者サイン

令和4年1月改定