

病児保育園アリエル登録書

西暦 年 月 日 ID: B-

<お子様>

ふりがな

氏名: 呼び方:
生年月日 西暦 年 月 日 男・女 第 子
年齢 歳 カ月 その他兄弟 兄・弟・姉・妹

<保護者様>

父 氏名:

母 氏名:

住所 〒

自宅電話

父 携帯電話

母 携帯電話

父 勤務先 電話

母 勤務先 電話

緊急連絡先(1) 氏名 児童との関係

電話

緊急連絡先(2) 氏名 児童との関係

電話

現在通園、通学中の施設の名称

かかりつけ医の名称

出生前の特記事項

生後発育・発達の特記事項

- ・熱性けいれん(チェックリストあり)
無・有(今までに 回)最終 西暦 年 月 日
- ・入院 無・有(病名)
- ・アレルギー
 - (1) 薬アレルギー 無・有 薬剤名 症状
 - (2) 食物アレルギー 無・有 食物名 症状
 - (3) 他のアレルギー 無・有 物質名 症状

<接種名>	<予防接種状況>(回数)	<感染状況>
ヒブ	1・2・3・4	
肺炎球菌	1・2・3・4	
四種混合	1・2・3・4	
BCG	1	
MR	1・2	感染した・未
水痘	1・2	感染した・未
日本脳炎	1・2・3	
B型肝炎	1・2・3	
ロタウイルス	1・2・3	感染した・未
おたふく	1・2	感染した・未
インフルエンザ(今季)	1・2	
平熱	℃	

その他特記事項・要望等

当園の利用につき説明をうけ、了承同意します。

個人情報適切に管理致します。

氏名: