

様式1 保護者記入

病児・病後児保育利用登録票

平成 年 月 日

龍ヶ崎済生会病院 院長 殿
(なでしこ保育園)

保護者氏名 _____

ふりがな			
児童氏名	年 月 日 生 (歳) 男・女		
住所：	電話番号 () -		
所属：()	保育所・幼稚園・小学校__年		
かかりつけの病院名：			
父 氏名	() 歳	勤務先：	
携帯		勤務先TEL：	
		勤務先住所：	
母 氏名	() 歳	勤務先：	
携帯		勤務先TEL：	
		勤務先住所：	
<p>※済ませた予防接種に○をしてください。</p> <p>ヒブ (回)、肺炎球菌 (回)、B型肝炎 (回)、四種混合 (回)、 ポリオ、BCG、麻しん風しん混合、水痘、日本脳炎、ロタウィルス、おたふくかぜ</p> <p>※今までにかかった病気に○をしてください。</p> <p>麻しん、風疹、おたふくかぜ、水痘、突発性湿疹</p> <p>※基礎疾患があれば○、または疾患名を記入してください。</p> <p>気管支喘息、アトピー性皮膚炎、じんましん、心臓病 腎臓病、けいれん、川崎病、その他 ()</p> <p>※熱性けいれん： なし ・ あり (今まで 回、最後 年 月 日)</p> <p>※食物アレルギー： なし ・ あり (内容) 食事制限 なし ・ あり</p> <p>※嫌いな食べ物：</p> <p>※龍ヶ崎済生会病院の通院歴： 有 ・ 無 (有の場合診察券登録番号)</p>			

登録受付： 年 月 日 受付番号： 番

※ 登録内容に変更が生じた場合は、再提出をお願い致します。