

園記入欄	登録受付:	年 月 日
	受付番号:	

病児・病後児保育利用登録票

平成 年 月 日

取手市医師会
どんぐり保育園 御中

保護者氏名: _____

ふりがな			
児童氏名			
生年月日	年 月 日生 (歳)	性別	男 ・ 女
住所			
電話番号			
通園している保育所・幼稚園名	電話番号 () —		
かかりつけ病院名	電話番号 () —		
父	氏名	勤務先	
	携帯	勤務先住所	
母	氏名	勤務先	
	携帯	勤務先住所	
<p>※接種済みの予防接種に○をしてください。 ポリオ、BCG、四種混合(回)、日本脳炎、麻しん、風疹、おたふくかぜ、水痘</p> <p>※今までにかかった病気に○をしてください。 麻しん、風疹、おたふくかぜ、水痘、突発性湿疹、その他()</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。 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>			