

2021年

はやしクリニック キッズ・ケアルーム 利用登録申込書

西暦

年 月 日

ふりがな
児童名

(愛称

)西暦

年

月

日生

通園(通学)施設名

病後児施設登録 (無 ・ 有

保育園)

かかりつけ医

兄弟登録

(無 ・ 有)

自宅及び緊急連絡先

ふりがな 氏名	児童との続柄	自宅及び携帯電話番号		勤務先及び電話番号	
第1連絡者 ふりがな		自宅	-	-	勤務先
		携帯	-	-	TEL
第2連絡者 ふりがな		自宅	-	-	勤務先
		携帯	-	-	TEL

予防接種	MR (未・済)	水ぼうそう (未・済)	おたふくかぜ (未・済)	
感染症歴	麻疹	才 月	おたふくかぜ	才 月
	風しん	才 月	突発性発疹	才 月
	水ぼうそう	才 月		
これまでの病気	熱性けいれん	なし・あり (初回 才 月・最後 才 月・これまでに 回)	(ダイアアップ指示 なし・あり (°C以上))	
	ぜんそく	なし・あり (どのような治療)		
	アトピー性皮膚炎	なし・あり (どのような治療)		
	アレルギー	なし・あり (どのような)		
	入院したこと	なし・あり (病名 才 月)	(病名 才 月)	
常備薬	喘息、けいれん等で常時内服している薬があれば、内服時間も含めてお書きください。		家庭での薬の飲ませ方をお書きください。 粉のまま 水に溶いて その他	
	内服方法			
睡眠	お昼寝 約 時間	1才未満児は、離乳食の段階・時間、ミルクの量・時間をお書きください。		
	うつぶせ ・ 仰向け 寝かせかたは？	離乳食段階 (初期・中期・後期)	離乳食時間	時頃 時頃
好きな遊び			ミルクの量 _____ ml	ミルクの時間 時頃 時頃
			体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	
		その他		