# 利用登録票

年　　月　　日現在

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 登録児童 | フリガナ | | 愛称 | 性別 | 平熱 | 生年月日 |
| | 児童氏名 | | | 男・女 | | 西暦<br>年　月　日<br>（　歳　カ月） |
| | 保護者 | フリガナ | | フリガナ | | |
| | | 父 | | 母 | | |
| | 自宅住所 | | | | | |
| | 自宅電話番号 | | | 通園・通学先 | | |
| | かかりつけ医 | 病院名： | | 担当医： | | |

| 緊急連絡先 | | 氏名または職場名 | 続柄 | 電話番号 |
|---|---|---|---|---|
| | ① | | | |
| | ② | | | |
| | ③ | | | |
| | ④ | | | |

| 健康状態 | | |
|---|---|---|
| | これまでにかかった病気 | □突発性発疹　□はしか（麻疹）　□水痘（みずぼうそう）　□風疹<br>□おたふくかぜ　□百日咳　□手足口病<br>□熱性けいれん（　初回　　歳、　最後　　歳　）<br>その他（　　）　歳　カ月　□　入院<br>その他（　　）　歳　カ月　□　入院<br>その他（　　）　歳　カ月　□　入院 |
| | 出生時の異常 | □　あり（　　）□ なし |

| 薬 | | |
|---|---|---|
| | 常用している薬があれば具体的にお書き下さい。 | **服用方法**<br>そのまま飲める<br>水・ジュースに溶かす<br>ゼリー・アイスにまぜる<br>スポイドを使用する<br>その他（　　） |

| その他 | |
|---|---|
| | 体質やくせ等、保育について配慮してほしいことがあれば具体的にお書きください。 |