

病児保育室 Shiny kids とよなか 利用登録申込書

年 月 日記入

登録児童	ふりがな		愛称	性別	生年月日
	氏名			男・女	年 月 日
	自宅住所(〒 一)				
	自宅電話番号 ()				
	通園施設名称	()市・町・村()保育園・幼稚園・小学校			
かかりつけ医					病院・医院・クリニック
保護者	氏名(ふりがな)	()		続柄	父・母・その他()
	携帯番号			勤務先名称	
	メールアドレス			所属部署() 電話番号 ()	
	その他連絡先①	()		氏名	続柄()
	その他連絡先②	()		氏名	続柄()
予防接種	三種混合	受けてない ・ 受けた(1期: 1回 2回 3回 、 1期追加)			
	四種混合	受けてない ・ 受けた(1期: 1回 2回 3回 、 1期追加)			
	ポリオ(生)	受けてない ・ 受けた(1回 2回) 最終接種日:平成 年 月 日			
	ポリオ(不活化)	受けてない ・ 受けた(1期: 1回 2回 3回 、 1期追加)			
	Hib	受けてない ・ 受けた(1回 2回 3回 追加)			
	肺炎球菌	受けてない ・ 受けた(1回 2回 3回 追加)			
	BCG	受けてない ・ 受けた	おたふくかぜ	受けてない ・ 受けた	
	MR(麻疹・風疹)	受けてない ・ 受けた	水痘	受けてない ・ 受けた	
	B型肝炎	受けてない ・ 受けた(1回 2回 追加)			
	日本脳炎	受けてない ・ 受けた(1期: 1回 2回 、 1期追加)			
ロタ	受けてない ・ 受けた(ロタテック 1回 2回 3回 / ロタリックス 1回 2回)				
これまでにかかった主な病気 一かかった病気に○をつけてください					
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水痘 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息及び喘息様気管支炎					
上記以外 過去にかかった主な病気					
常時服用している薬	ない ・ ある(具体的に)				
食事制限	ない ・ ある(具体的に)				
食物アレルギー	ない ・ ある(具体的に)				
薬物アレルギー	ない ・ ある(具体的に)				
その他	体質(ダニ・スギ・ヒノキ・金属アレルギー等)、くせなど配慮してほしい事				
	どこでshinykidsをお知りになりましたか?(ホームページ・ブログ・マチゴト・知人紹介・その他)				