

## 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(〒 - )				
	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 ーかかった病気に○をつけてくださいー					
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)				