

# きのみ利用登録票

登録年月日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	平成・令和 年 月 日 歳 ヶ月
保護者氏名	続柄 携帯番号	勤務先名 (父・母) 電話 ( )	
	続柄 携帯番号	緊急連絡先氏名 電話 ( )	
自宅住所	(〒 - )		
自宅電話	( )		
通園施設名		電話 ( )	
かかりつけの医師			
医療機関名		電話 ( )	
備考			

予防接種の状況(これまでに受けた予防接種に○をつけてください)

- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1. ヒブ (1期 1回目・2回目・3回目・追加)   | 7. 水痘 (1回目・2回目)            |
| 2. 肺炎球菌 (1期 1回目・2回目・3回目・追加) | 8. 日本脳炎 (1期 1回目・2回目・追加・2期) |
| 3. B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)       | 9. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)        |
| 4. 四種混合 (1期 1回目・2回目・3回目・追加) | 10. その他 ( )                |
| 5. 五種混合 (1期 1回目・2回目・3回目・追加) |                            |
| 6. MR (1期・2期)               |                            |

これまでにかかった主な感染症・病気

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| 1. 突発性発疹            | 7. 百日咳        |
| 2. 麻疹               | 8. 喘息・喘息性気管支炎 |
| 3. 風疹               | 9. アトピー性皮膚炎   |
| 4. 水痘 (水ぼうそう)       | 10. 食物アレルギー   |
| 5. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 11. てんかん      |
| 6. 咽頭結膜熱 (プール熱)     | 12. その他 ( )   |

熱性けいれん

- なし
- あり (初回 歳 ヶ月、これまでに 回)

入院の経験

- ない
- ある ( 歳 ヶ月、病名 )  
( 歳 ヶ月、病名 )

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 ( )  
( )

その他 (薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください)

症状が急変した時など医療行為が必要になった時は、宮の森クリニック耳鼻咽喉科の医師に判断をお任せし、事業利用が不適当となったときは、利用を中止し、すみやかに迎えに行くことに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名

Ⓜ