

# 利用登録票

新越谷病児保育室

初回利用日：西暦 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

ふりがな			生年月日
児童氏名	( 男 ・ 女 )		西暦 年 月 日
兄弟姉妹	氏名 ( 歳上 ・ 歳下 )	氏名 ( 歳上 ・ 歳下 )	
	氏名 ( 歳上 ・ 歳下 )	氏名 ( 歳上 ・ 歳下 )	
保護者	氏名 ( 続柄 )	勤務先	勤務先電話
	携帯番号	メールアドレス	
	氏名 ( 続柄 )	勤務先	勤務先電話
	携帯番号	メールアドレス	
自宅の住所	〒 都道 市区 府県 町村		
園・学校名	保育園(所) ・ こども園 ・ 幼稚園		小学校
食物アレルギー	なし ・ あり		
熱性けいれん	なし ・ あり		
基礎疾患	なし ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ てんかん ・ その他 ( )		
既往歴	なし ・ 突発性湿疹 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ その他 ( )		
常用薬	なし ・ あり ( )		
水分	麦茶 ・ 湯冷ましの提供 → 可 ・ 否		
写真掲載	全面可 ・ 顔以外可 ・ 全面不可		

施設記入欄

利用履歴	
------	--