

きのみ利用登録票

登録年月日 令和 年 月 日

登録番号

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	勤務先名(父・母)	電話 ()
	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. 三種混合/四種混合(Ⅰ期1回目・2回目・3回目・追加) | 7. 水痘(水ぼうそう) |
| 2. ポリオ(1回目・2回目)/不活化ワクチン(1回目・2回目・3回目・4回目) | 8. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) |
| 3. 麻疹 | 9. ヒブ(Ⅰ期1回目・2回目・3回目・追加) |
| 4. 風疹 | 10. 肺炎球菌(Ⅰ期1回目・2回目・3回目・追加) |
| 5. MR(Ⅰ期・Ⅱ期) | 11. インフルエンザ(最近うけたのは 月 日) |
| 6. 日本脳炎(Ⅰ期1回目・2回目・追加、Ⅱ期) | 12. その他() |

これまでにかった主な感染症・病気

- | | |
|--------------------|---------------------------------|
| 1. 突発性発疹 | 8. 喘息・喘息性気管支炎 |
| 2. 麻疹 | 9. アトピー性皮膚炎 |
| 3. 風疹 | 10. 食物アレルギー |
| 4. 水痘(水ぼうそう) | 11. 熱性けいれん
(初回 歳 ヶ月、これまでに 回) |
| 5. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) | 12. てんかん |
| 6. 咽頭結膜熱(プール熱) | 13. その他() |
| 7. 百日咳 | |

入院の経験

1. ない
2. ある (歳 ヶ月、病名)
(歳 ヶ月、病名)

常時服用している薬

1. ない
2. ある 具体的に ()
()

食事制限

1. ない
2. 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、すみやかにお迎えに行くことに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名

印