

クリニックID

登録番号

新規 / 更新:更新料 済( / )

市内 / 市外:登録料 済( / )

アレルギー

有・無

けいれん

有・無

## 令和 年度 病児保育室『チルチルミチル』会員登録申込書

\*太枠内はこちらで記入しますので記入しないでください。

登 録 児 童	ふりがな 児 童 氏 名		愛称	性別	生 年 月 日	
				男 女	平成/令和	年 月 日 ( 歳 ヶ月 )
	自宅住所 〒 -					
	自宅電話番号: -			自宅FAX番号: -		
	通園施設名	市区町村		保育園・幼稚園・小学校	電話: -	
	かかりつけ医	当院・( )クリニック/医院/病院 ( )先生				
兄弟姉妹 氏名 登録の有無	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)	
	登録の有無	無・有	登録の有無	無・有	登録の有無	
保 護 者 緊 急 連 絡 先	①	氏名:	( 歳)	続柄	父・母・その他( )	
		勤務先:	職種:	携帯電話	- -	
		勤務先電話:	( )			
	②	氏名:	( 歳)	続柄	父・母・その他( )	
	勤務先:	職種:	携帯電話	- -		
	勤務先電話:	( )				
出生児の異常	無・有( )					
発育・発達	ふつう・遅れていると思う( )・わからない					
過去の検診で指摘されたことはありますか	無・有( )					
予防接種	MRワクチン(接種 未・済) ※1歳を過ぎて未接種の場合は、お預かりできませんのでご注意ください。					
これまでにかった主な感染症や病気 — 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水ぼうそう ⑤おたふく ⑥アトピー性皮膚炎						
⑦ 喘息/喘息様気管支炎		歳 ヶ月~ (継続治療中・悪化時治療のみ)				
⑧ アレルギー		緊急薬の所持(有・無)				
⑨ 熱性けいれん		回 最終: 年 月 日/ 歳 ヶ月 座薬の指示(有・無)				
⑩ その他						
入 院 し た こ と	無	病名:	歳 ヶ月		完治 / 経過観察 / 治療継続	
	・	病名:	歳 ヶ月		完治 / 経過観察 / 治療継続	
	有	病名:	歳 ヶ月		完治 / 経過観察 / 治療継続	
常用している薬	無・有(内服薬/塗布薬/吸入薬など: )					
食事制限	無・有(具体的に: )					
そ の 他	体質(食事制限など)やこだわり・くせなど、心配なことや配慮してほしいことについて、具体的にお書きください。					
この入会に際し、病児保育室『チルチルミチル』利用の手引き及び規約を遵守いたします。						
令和 年 月 日			保護者名		印	

利用料金

徴収・免除・減額

受付日

・

処理