

# ピッピの森利用登録票

殿

平成 年 月 日記入

登録児童	児童氏名		愛称	性別	生年月日	
				男 女	. . ( 歳 ヶ月)	
	自宅住所 (〒 - )					
	自宅電話番号: ( )		自宅FAX番号: ( )			
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)		
	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	( ) クリニック・小児科・医院・病院 ( ) 先生				
保護者・緊急連絡先	氏名	( 歳)	続柄	父・母・その他 ( )		
	氏名	( 歳)	続柄	父・母・その他 ( )		
	父	勤務先:	職種:	携帯	父: - -	
		電話: ( )		電話	母: - -	
	母	勤務先:	職種:	Eメール	無	
電話: ( )			アドレス	有 ( @ . )		
新生児期	出生児の異常 (有・無)	発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない			
予防接種	三種混合	受けていない・受けた (1期1回 2回 3回 1期追加)				
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた (1回・2回)		
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた		
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた		
これまでにかかった主な感染症・病気 <span style="float: right;">—かかった病気に○をつけてください—</span>						
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん (回数 回) (最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有・無) 7. アトピー性皮膚炎 8. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他 ( )						
入院したこと	ない・ある (病名: 歳 ヶ月)	(病名: 歳 ヶ月)	(病名: 歳 ヶ月)	(病名: 歳 ヶ月)		
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	体質 (薬物アレルギー等) や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。					

利用料金	徴収・免除・減額	受付日	. .	処理	
------	----------	-----	-----	----	--