

# 事前登録事項



病児室さんめい

記入日 R 年 月 日

お子さんの名前	ふりがな	男・女	(愛称)
生年月日	H	・ R	年 月 日
園名・学校名/住所	/〒		

保護者名	父	母
自宅住所	〒	
父勤務先名/住所	/	お迎えの所要時間 時間 分
母勤務先名/住所	/	お迎えの所要時間 時間 分

最優先連絡先	名前	電話番号	(続柄)
緊急連絡先 2	名前	電話番号	(続柄)
緊急連絡先 3	名前	電話番号	(続柄)

平熱	°C
既往歴	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 胃腸が弱い <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 健診で指摘を受けたことがある ( )
熱性けいれん	なし・あり / 両親、兄弟の既往歴 なし・あり ( )
アレルギー	なし・あり ( ) 薬 なし・あり ( )
性格	
好きな遊び	
寝るときのくせ	

送迎利用有無    事前登録したことを園または学校に連絡することに同意します。

保護者名

※事前登録後の連絡は初回のみになります、転園や転校、進学した際はご自身で園や学校に、病児室さんめいを利用する可能性があることを伝えてください。また、当方にもご連絡いただくと幸いです。  
 ※上記に同意されない場合は、ご自身で園または学校に病児室を利用したい旨を伝えていただくと幸いです。

ホームページ事前登録   MR予防接種 (1歳以上)   通知の郵送

