

# キッズルームにしわが利用登録申込書

平成 年 月 日 記入

申請者名 \_\_\_\_\_

登録児童	児童氏名 <small>ふりがな</small>		愛称	性別 男 女	生年月日 ・ ・ ( 歳 か月)	
	自宅住所(〒 - )					
	自宅電話番号: ( )			自宅FAX番号: ( )		
	児童の兄弟姉	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)		
	通園施設	( )市町村( )保育園(所)・幼稚園・小学校			電話 ( )	
	かかりつけ医	( )医院・診療所・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: 電話:	職種:	携帯電話	父: - - 母: - -	
	母	勤務先: 電話:	職種:	Eメールアドレス	無 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 (I期1回 2回 3回 I期追加)				
	BCG	受けていない・受けた		ポリオ	受けた・受けていない(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	
	肺炎球菌 ヒブワクチン	受けていない・受けた		日本脳炎	受けていない・受けた	
これまでにかかった病気 -かかった病気に○をつけてください-						
1. 突発性湿疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 熱生けいれん (回数 回) (最終はいつ 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 か月) (病名: 歳 か月) (病名: 歳 か月) (病名: 歳 か月)					
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、癬など心配な事、配慮してほしい事について具体的にお書きください)					

利用をご希望される方は、予め登録をお願い致します。上記申込書にご記入の上、下記宛てに郵送されるか「さわうち協立診療所」までご持参下さい。

〒029-5503 岩手県和賀郡西和賀町沢内字新町4-16-1  
TEL0197-85-3101

さわうち協立診療所