

お迎え登録	有・無	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 日生まれ ( 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					
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 : ( )	Eメール アドレス			
保護者緊急連絡先	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 : ( )	Eメール アドレス			
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。				
これまでにかかった主な感染症や病気 - - - - - かかった病気に○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
------	--------------	-----	-----	----