

利用者名簿

利用開始日： 年 月 日



登録番号				受付者：		記入日：令和 年 月 日	
登録児童	氏名（ふりがな）			愛称	性別	生年月日	
	()				男・女	令和 年 月 日 (歳 ヶ月)	
	自宅住所	(〒 -)					
	自宅電話番号			通園・通学施設名			
	かかりつけ医		医療機関名：		担当医：		
保護者	父	氏名 (ふりがな)	()	携帯電話番号			
				生年月日			
		勤務先		勤務先電話番号	①		
		e-mail		②			
	母	氏名 (ふりがな)	()	携帯電話番号			
				生年月日			
		勤務先		勤務先電話番号	①		
		e-mail		②			
	アレルギーの有無		無 ・ 有 ()		⇒アレルギー内服の有無		無 ・ 有
	【詳細】…アレルギー症状や制限等について						
持病の有無		無・有 ()		熱性けいれん	無 ・ 有		
その他…薬物アレルギー等や心配なこと、配慮してほしいことについて 具体的なお願いします。			これまでの回数		回		
			初回		年 月 日		
			最後		年 月 日		
			【医師の指示等】				
食事		初期（ごっくん）・中期（もぐもぐ）・後期（かみかみ）・完了食（ばくばく）					
薬		常用している内服薬（塗り薬、吸入器など）があれば、具体的にお書きください。					



《 メ モ 》

