

横浜病児保育室はるぞら 利用者登録票

登録番号

* の部分についてご記入ください

記入日：令和 年 月 日

◆利用者

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
住所	〒		
自宅電話番号	携帯電話番号 (続柄:)	携帯電話番号 (続柄:)	

◆家族構成 (利用者も含めて同居または送り迎えをする可能性のある方)

ふりがな 氏名	続柄	生年月日	同居 別居	勤務先 (通学・通園先・自宅) (住所は番地なしで可)	緊急連絡先 (成人のみ)
				名称: 住所:	携帯電話: 勤務先:
				名称: 住所:	携帯電話: 勤務先:
				名称: 住所:	携帯電話: 勤務先:
				名称: 住所:	携帯電話: 勤務先:
				名称: 住所:	携帯電話: 勤務先:
				名称: 住所:	携帯電話: 勤務先:

◆体のことについて

出生時の異常	・なし ・あり ()
過去の健診での異常	・なし ・あり ()
アレルギー	・なし ・あり (具体的に) (例: 卵は加熱してあれば摂取できる、ピーナッツは完全除去 など) 食物: 薬剤: その他:

保育にあたり気になることや配慮してほしい点