

あおぞら保育園 一時保育 事前登録票

(宛先) あおぞら保育園 園長

(西暦)

年

月

日

(申込者) 氏名

※太線内に記入してください

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日
	児童氏名			男 女	(西暦) . . (歳 カ月)
	自宅住所	〒 (-)			
	自宅電話				
	通園施設名	() 保育園 ・ 幼稚園			
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生			
緊急連絡先	父	氏名:	母	氏名:	
		勤務先名:		勤務先名:	
	勤務先電話:	勤務先電話:			
	携帯電話:	携帯電話:			
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	B型肝炎	受けた ・ 受けていない	MR (麻疹・風疹混合)	1期 ・ 2期	
	ロタウイルス	受けた ・ 受けていない	水ぼうそう	受けた ・ 受けていない	
	小児用肺炎球菌	受けた ・ 受けていない	おたふくかぜ	受けた ・ 受けていない	
	ヒブ	受けた ・ 受けていない	日本脳炎	1期初回 ・ 1期追加	
	四種混合	受けた (1回 2回 3回 1期追加) ・ 受けていない	はしか (麻疹) ・ 風疹	受けた ・ 受けていない	
	BCG	受けた ・ 受けていない			
	三種混合	受けた ・ 受けていない			
	ポリオ	受けた ・ 受けていない			
これまでににかかった主な感染症や病気 有 : かかった病気に○をつけてください ・ 無					
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう (いつ 年 月) 5. おたふくかぜ (いつ 年 月)					
6. 熱性けいれん (初回はいつ 年 月 日) (最後はいつ 年 月 日) (回数 回)					
(医師の指示)					
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. アレルギー (症状) (制限)					
10. その他 ()					
入院したこと	ない・ある (病名: 歳 カ月) (病名: 歳 カ月)				
	(病名: 歳 カ月) (病名: 歳 カ月)				
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、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください				

受付日	.	.	登録番号	.	.	処理	.	.
-----	---	---	------	---	---	----	---	---

.....

.....

.....