

社会医療法人潤心会 あおぞら保育園
一時預かり 事前登録票

(宛先) あおぞら保育園 園長

申込日(西暦) 年 月 日

※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 | 年 月 日 (歳 カ月) |
| | 自宅住所 | 〒 (-) | | 自宅電話 - - | | |
| | 通園在籍 | なし ・ 在籍中 | 通園施設名 | () 保育園 ・ 幼稚園 | | |
| | かかりつけ医 | () 医院 ・ 病院 | | | | |
| 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 | | | | |
| これまでにかかった主な感染症 無 ・ 有 : | | | | | | |
| 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 (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 | | | | | |

| | |
|-----|----------|
| 面談日 | 西暦 年 月 日 |
|-----|----------|

| | |
|----|--|
| 園長 | |
|----|--|