

2019年度 一時保育(私的・非定型)利用登録申込書

社会福祉法人 わかみや福祉会 花と鳥保育園園長殿

申請年月日： 年 月 日()



申請者(保護者)名 (印)

登 録 児 童	児 童 氏 名	愛 称	性別	生 年 月 日
			男 女	・ ・ (歳 ヶ月)
	自宅住所(〒 -)			
	自宅電話番号： ()			
	父携帯： ()	母携帯： ()		
	かかりつけ医	()医院・病院 ()先生 電話 ()		
備 考				

家族構成と勤務先・連絡先				
氏 名	続柄	生年月日	職 業	勤務先・連絡先
		・ ・ (才)		電話： ()
		・ ・ (才)		電話： ()
		・ ・ (才)		電話： ()
		・ ・ (才)		電話： ()
		・ ・ (才)		電話： ()

新生児期	出生児の異常(有・無)	発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない			
予 防 接 種	三種混合(DPT)	受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加)				
	四種混合	受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加)				
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた(1回・2回)		
	はしか(麻疹)	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた		
	みずぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた		
これまでにかかった主な感染症・病気 —かかった病気に○をして下さい—						
1・突発性発疹 2・はしか 3・風疹 4・みずぼうそう 5・おたふくかぜ 6・アトピー性皮膚炎 7・熱性けいれん(回数： 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無)						
8・喘息及び喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9・その他()						
入院したこと	ない・ある(病名： 歳 ヶ月)(病名： 歳 ヶ月)					
常時服用している薬	ない・ある(具体的に：)					
食事制限(アレルギー)	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、配慮して欲しい事があつたら具体的にお書きください。						