

彩りの杜 一時保育 事前登録票

(宛先) 彩りの杜 理事長

(西暦) 年 月 日

(申込者) 氏名	
----------	--

※太枠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 力月)
	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:	氏名:		
		勤務先名:	勤務先名:		
	母	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や病気 有 : かかった病気に○をつけてください ・ 無					
1. 突発性湿疹 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 力月) (病名: 歳 力月) (病名: 歳 力月) (病名: 歳 力月)				
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	
-----	---	---	------	--	----	--