

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		性別	生年月日
	児童氏名		男	(西暦) . .
	自宅住所	〒 (      -      )		
	電話番号			
新生児期	出生児の異常 (有・無) 有の場合詳細を記入してください (      )			
これまでにかかった主な感染症や病気 有 (下の欄より罹った病気に○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      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:      )			
現在通院している病院	ない・ある (具体的な症状:      )			
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	
-----	-----	------	--	----	--