新規　・　更新　（最終利用日　　年　　月　　日）

令和６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

顔写真
（３×４ｃｍ）
正面向いた
最近の顔写真
証明写真でなくて可

申請年月日：令和　　年　　月　　日（　　）

申請者(保護者)名

	児童氏名	愛称	性別	生年月日
登録児童			男 女	平成・令和　　年　　月　　日 （　　歳　　ヶ月）
	自宅住所（〒　　ー　　） 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				

家族氏名・勤務先・連絡先				
氏名	続柄	生年月日	職業	勤務先・連絡先
		・　・ （　　才）		勤務先名： 電話：　（　　）
		・　・ （　　才）		勤務先名： 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	Hib（ヒブ）ワクチン	受けていない・受けた(Ⅰ期１回　２回　３回　Ⅰ期追加)		
	DPT－IPV（四種混合）ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ	受けていない・受けた(Ⅰ期１回　２回　３回　Ⅰ期追加)		
	B型肝炎	受けていない・受けた（１回・２回・３回）	日本脳炎	受けていない・受けた（１回・２回・３回）
	BCG	受けていない・受けた	肺炎球菌ワクチン	受けていない・受けた（１回・２回）
	MR（麻疹風疹混合）	受けていない・受けた（１回・２回）	インフルエンザワクチン	受けていない・受けた（１回・２回）
	水ぼうそう（水痘）	受けていない・受けた（１回・２回）	流行性耳下腺炎	受けていない・受けた（１回・２回）
	新型コロナウィルス感染症	受けていない・受けた	ロタウイルス	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　　ーかかった病気に〇をして下さいー

１･突発性発疹　２･麻疹　３･風疹　４･水ぼうそう（水痘）
５･流行性耳下腺炎　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･感染症胃腸炎（ノロウイルス・ロタウイルス）　10･溶連菌感染症　11･インフルエンザ
12･手足口病　13･ヘルパンギーナ　14･脱臼
15･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ったら具体的にお書きください。