

令和3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：令和 年 月 日()

申請者(保護者)名 (印)

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

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

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
		昭和・平成・令和 年 月 日 (才)		電話： ()
		昭和・平成・令和 年 月 日 (才)		電話： ()
		昭和・平成・令和 年 月 日 (才)		電話： ()
		昭和・平成・令和 年 月 日 (才)		電話： ()
		昭和・平成・令和 年 月 日 (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	
※出生時については、母子手の出生時ページを面談時にご提示頂いています。				
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 ーかかった病気に○をして下さいー				
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 H・R 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たら具体的に書きください。				