

# ここいろ保育園 一時保育事前登録票

年 月 日

※太線内に記入してください

(申込者) 氏名	
----------	--

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 カ月)	
	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:	母	氏名:
		勤務先名:		勤務先名:
		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 (11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. 突発性発疹	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 日) 年 月)
6. 熱性けいれん (初回はいつ 年 月 日) (最後はいつ ) (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 ない・ある (牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他 ( ) (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: )
-----------	----------------

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
-----	--