

年 月 日

登録申請書

保護者氏名 印

住所

自宅電話番号

ふりがな 氏名		男	生年月日 年 月 日生(歳 か月)				
		女	お子さんの愛称				
保護者	父・氏名 (歳)			携帯			
	母・氏名 (歳)			携帯			
兄弟姉妹氏名							
連絡先	勤務先	父	(電話)	母	(電話)		
	<緊急連絡先>						
	①父・母・その他(関係	氏名)電話		
	連絡先名:				携帯		
②父・母・その他(関係	氏名)電話			
連絡先名:				携帯			
保育所・幼稚園 学校名	保育園・幼稚園 年(電話) 小学校 組						
かかりつけ医	(電話)						
かかりつけ医が 休診時の受診先	(電話)						
乳幼児受給者証の 受給資格者番号							
平熱時の体温	°C						
(好きな遊びなど)							
発達	妊娠中の異常	なし	・	あり	()	
	出産中の異常	なし	・	あり	()	
	発達の異常	なし	・	あり	()	
<アレルギーについて>							
①薬アレルギー	なし	・	あり	(薬剤名)		
(症状:))	
②食物アレルギー	なし	・	あり	(食品名)		
(症状:))	

予 防 接 種	接種状況				感染状況	
	麻疹 風疹		1期	2期	感染した・未	
	水ぼうそう		1回目	2回目	感染した・未	
	おたふく		1回目	2回目	感染した・未	
	B C G		済			
	B型肝炎		1回目	2回目	3回目	
			なし・あり(初回 年 か月/最終 年 か月/これまでに 回) 処置法 : 坐薬 なし・あり 何度で °C			
これまでの病気	熱性けいれん					
	喘息	ない・ある(薬:毎日・発作時)				
	喘息様気管支炎	ない・ある(吸入薬:なし・あり)				
	アトピー性皮膚炎	ない・ある(治療法:内服薬・食事療法)				
		病名()				
	今までの大きな病気	入院なし・あり(年 か月)				
	病院()					
	現在治療中の病気	なし・あり()				
	<常用内服薬> 常時内服薬しているお薬があれば具体的にお書きください。 (病名・内服薬・回数・内服時間等)					
生活状況	①食事介助 要・不要 (スプーンのみ・箸が使える) (種類) ミルク・・・1回あたり CCで 時と 時 離乳食・・・初期・中期・後期 幼児食					
	②排泄 【小】介助 要・不要 (種類) おむつ・トレーニング中・パンツ 【大】介助 要・不要					
	③衣服の介助 要・不要					
	④昼寝の習慣 なし・あり(寝る時のくせ等)					
	⑤食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。					
その他	心配なこと、配慮してほしいこと(具体的に)					