

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		男	生年月日 年 月 日生（ 歳 か月）		
氏 名		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 小学校		年 組	（電話）
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		℃			
（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			
			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				
こ れ ま で の 病 気	熱性けいれん	なし・あり（初回      歳      か月／最終      歳      か月／これまでに      回） 処置法   ：  坐薬      なし   ・  あり      何度で      ℃				
	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   ）				
	今までの大きな病 気	病名      （      ） 入院   なし   ・  あり   （      歳      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）					