

登録申込書

令和 年 月 日

お子さんの名前		ふりがな	生年月日				
			H・R	年	月	日生	
住所		〒					
緊急 連絡先			連絡先 1		連絡先 2		
	氏名						
	勤務先						
	勤務先電話番号						
	携帯電話番号						
本人との関係							
在園保育園名			保育園（所） TEL				
かかりつけ病院名			病院・医院 TEL				
予防 接種	BCG		受けた ・ 受けてない				
	四種混合	1回目	受けた ・ 受けてない		日本脳炎	1回目	受けた ・ 受けてない
		2回目	受けた ・ 受けてない			2回目	受けた ・ 受けてない
		3回目	受けた ・ 受けてない		インフルエンザ	追加	受けた ・ 受けてない
		4回目	受けた ・ 受けてない				受けた ・ 受けてない
	はしか・風疹	1回目	受けた ・ 受けてない		肺炎球菌		受けた ・ 受けてない
		2回目	受けた ・ 受けてない		ロタウイルス		受けた ・ 受けてない
	水疱瘡	1回目	受けた ・ 受けてない		B型肝炎		受けた ・ 受けてない
		2回目	受けた ・ 受けてない				受けた ・ 受けてない
	おたふくかぜ	1回目	受けた ・ 受けてない				受けた ・ 受けてない
		2回目	受けた ・ 受けてない				受けた ・ 受けてない
	既往症	かかった病気に等に○印をつけて下さい（かかったことがない場合は、1 2に○をつけて下さい）					
1. 突発性湿疹		2. はしか		3. 水疱瘡			
5. 百日咳		6. 喘息		7. じんましん（原因			
8. 熱性けいれん（		回）（初回は		歳			
9. アナフィラキシーショック		有 ・ 無		ヶ月の時）（最後は			
10. アナフィラキシー（原因				歳			
		（症状		ヶ月の時）			
11. その他（							
12. なし							
○アレルギー 有 ・ 無							
食物： 卵 ・ 乳製品 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ そば							
その他（							
薬：							
お子さまについて、保育上配慮して欲しいことがあれば具体的にお書き下さい。							
生活（食事・睡眠・排泄）健康上や発達上で気になること 等							