登録申込書

令和　　年　　月　　日

お子さんの名前	ふりがな 男 ・ 女	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	日本脳炎	１回目	受けた ・ 受けてない
	四種混合	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		追加	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		受けた ・ 受けてない
		４回目	受けた ・ 受けてない	肺炎球菌		受けた ・ 受けてない
	はしか・風疹	１回目	受けた ・ 受けてない	ロタウイルス		受けた ・ 受けてない
		２回目	受けた ・ 受けてない	B型肝炎		受けた ・ 受けてない
	水疱瘡	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
	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

既住症

かかった病気に等に〇印をつけて下さい（かかったことがない場合は、１２に〇をつけて下さい）

１．突発性湿疹　　２．はしか　　３．水疱瘡　　４．おたふくかぜ

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　　ヶ月の時）（最後は　　歳　　ヶ月の時）

９．アナフィラキシーショック　有　・　無

１０．アナフィラキシー（原因　　）

（症状　　）

１１．その他（　　）

１２．なし

〇アレルギー　　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

かな保育園