

確認欄

一時保育 登録申請書(2024年度用)

20 年 月 日現在

ふりがな		性別	男・女	生年月日		20	年	月	日
園児名		TEL		-	-	Fax		-	-
住所		〒 -							
父	ふりがな		ふりがな		勤務先TEL		-	-	
	氏名		勤務先名		携帯		-	-	
	生年月日		西暦		年	月	日	勤務先住所 〒 -	
母	ふりがな		ふりがな		勤務先TEL		-	-	
	氏名		勤務先名		携帯		-	-	
	生年月日		西暦		年	月	日	勤務先住所 〒 -	
家族構成(上記以外に同居されているご家族がいらっしゃれば記入してください。)									
氏名		続柄	職業・学校(学年)			氏名		続柄	職業・学校(学年)
送迎をされる方									
送り					迎え				
氏名		関係	TEL			氏名		関係	TEL
・今までに大きな病気をしたことがありますか？									
していない				した					
したと答えた方				いつ？			病名は？		
〔 〕									
・今までにけいれんを起こしたことがありますか？									
ない				ある					
あると答えた方				いつ？			何度ぐらいで？		
〔 〕									
・アレルギーがありますか？									
ない				ある()					
*アレルギーのあるお子さんは、お弁当をご持参いただきます。									

健康診断・予防接種について

予 防 接 種	4種混合	1	年 月 日	BCG		年 月 日
		2	年 月 日	ロタウイルス	1	年 月 日
		3	年 月 日		2	年 月 日
		追加	年 月 日		3	年 月 日
	Hib	1	年 月 日	MR (麻疹・風疹)	I期	年 月 日
		2	年 月 日		II期	年 月 日
		3	年 月 日	水痘	1	年 月 日
		追加	年 月 日		2	年 月 日
	肺炎球菌	1	年 月 日	日本脳炎	1	年 月 日
		2	年 月 日		2	年 月 日
		3	年 月 日		追加	年 月 日
		追加	年 月 日	流行性耳下腺炎	1	年 月 日
	1	年 月 日	2		年 月 日	
	B型肝炎	2	年 月 日	直近に受けた 健康診断	年 月 日	
		3	年 月 日		(才児健診)	

基礎疾患	
かかりつけ医	