

## 児童票（一時保育・病後児保育）

申込日 平成 年 月 日

|                              |                |                              |      |                      |       |         |
|------------------------------|----------------|------------------------------|------|----------------------|-------|---------|
| ふりがな<br>児童氏名                 |                |                              |      |                      |       | □男 □女   |
| 生年月日                         | 平成             | 年                            | 月    | 日生                   | ( 歳   | ヶ月・第 子) |
| 住 所                          |                |                              |      |                      | 電話番号  | ( )     |
| 父                            | 氏名             |                              |      | 携帯電話                 |       |         |
|                              | 職業             |                              | 勤務先名 |                      | 電話番号  |         |
| 母                            | 氏名             |                              |      | 携帯電話                 |       |         |
|                              | 職業             |                              | 勤務先名 |                      | 電話番号  |         |
| その他の保護者                      | 氏名             |                              |      | 続柄                   | 自宅電話  |         |
|                              | 携帯             |                              | 勤務先名 |                      | 電話番号  |         |
| かかりつけの医院名<br>住 所             |                |                              |      |                      |       | Tel ( ) |
| ※のぞみ保育園・さんびあ保育園以外に通園中の方      | 普段通っている保育所(園)名 |                              |      |                      |       |         |
| 出生時の異常                       | なし             | ・                            | あり   | ( )                  | 出生時体重 |         |
| 今までのご病気                      | 食物アレルギー        | なし・あり (牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他( )) |      |                      |       |         |
|                              | 入院の経験          | なし・あり                        | 歳    | ヶ月                   | 病名    |         |
|                              |                |                              | 歳    | ヶ月                   | 病名    |         |
|                              |                |                              | 歳    | ヶ月                   | 病名    |         |
| その他の病気                       |                |                              |      |                      |       |         |
| 予防接種について (接種済みのものに○を付けてください) |                |                              |      |                      |       |         |
| 四種混合 I期 1回目・2回目・3回目・追加       |                |                              |      |                      |       |         |
| BCG                          |                | 日本脳炎( 回目)                    |      | 麻疹・風疹〔MR二種混合〕 I期・II期 |       |         |
| Hib( 回目)                     |                | 肺炎球菌( 回目)                    |      | ロタウイルス               |       | B型肝炎    |
| 流行性耳下腺炎(おたふく)                |                |                              |      | 水痘(水ぼうそう) 回目         |       |         |
| その他( )                       |                |                              |      |                      |       |         |

● 裏面の記入もお願いします。

心配なこと ・ 配慮してほしいこと等があればご記入ください。

|               |  |
|---------------|--|
| 食事            |  |
| 睡眠            |  |
| 排泄            |  |
| くせやこだわり、好きなこと |  |
| その他           |  |