

# 病後児保育 登録票

さんぴあ保育園 ・ のぞみ保育園 ・ のぞみkids保育園

申込日 年 月 日

|                                  |                                                                      |                              |                   |           |      |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|-----------|------|
| フリガナ<br>児童名                      | 男・女                                                                  | 生年月日                         | 年 月 日 生           | 入園児<br>年齢 | 歳 ヶ月 |
| 自宅住所                             | 〒 自宅 ☎                                                               |                              |                   |           |      |
| 保護者①                             | フリガナ<br>氏名                                                           | 職業                           | 勤務先               | 勤務先 ☎     |      |
|                                  |                                                                      | 携帯電話                         |                   | 続柄        |      |
| 保護者②                             | フリガナ<br>氏名                                                           | 職業                           | 勤務先               | 勤務先 ☎     |      |
|                                  |                                                                      | 携帯電話                         |                   | 続柄        |      |
| 保護者③                             | フリガナ<br>氏名                                                           | 職業                           | 勤務先               | 勤務先 ☎     |      |
|                                  |                                                                      | 携帯電話                         |                   | 続柄        |      |
| 出生時の<br>状況                       | 第 子                                                                  | 分                            | 正常                |           |      |
|                                  | 出生時体重 g                                                              | 娩                            | 異常 ( )            |           |      |
| 今までの<br>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<br>防<br>接<br>種                 | ※接種済みのものに○をつけてください。                                                  |                              |                   |           |      |
|                                  | 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)                                            | 1回目・2回目・3回目・追加               | B C G             | B型肝炎      |      |
|                                  | 日本脳炎 ( 回目)                                                           |                              | 麻疹・風疹 (MR)        | I期 ・ II期  |      |
|                                  | Hib インフルエンザ菌b型 ( 回目)                                                 |                              | 肺炎球菌 ( 回目)        |           |      |
|                                  | ロタウィルス                                                               |                              | 水痘 (みずぼうそう) ( 回目) |           |      |
| その他                              |                                                                      |                              |                   |           |      |
| 主に利用する園                          | さんぴあ保育園 ・ のぞみ保育園 ・ のぞみkids保育園                                        |                              |                   |           |      |
| 利用希望日                            | <input type="checkbox"/> 定期利用 ( 曜日) ・ <input type="checkbox"/> 不定期利用 |                              |                   |           |      |
| 世帯<br>状況                         | 氏名                                                                   | 続柄                           | 性別                | 生年月日      | 年齢   |
|                                  |                                                                      |                              |                   |           |      |
|                                  |                                                                      |                              |                   |           |      |
|                                  |                                                                      |                              |                   |           |      |
|                                  |                                                                      |                              |                   |           |      |
|                                  |                                                                      |                              |                   |           |      |
| かかりつけ内科                          | TEL ( )                                                              |                              | かかりつけ外科           |           |      |
|                                  | TEL ( )                                                              |                              | TEL ( )           |           |      |
| そ<br>の<br>他                      | 食物アレルギー                                                              | なし・あり (牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他( )) |                   |           |      |
|                                  | 薬物アレルギー                                                              | なし・あり 種類等( )                 |                   |           |      |
|                                  | 入院の経験                                                                | なし・あり                        | ( 歳 ヶ月)           | 病名        |      |
|                                  |                                                                      |                              | ( 歳 ヶ月)           | 病名        |      |
| 特に保育園に知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください。 |                                                                      |                              |                   |           |      |