

年 月 日

登 録 申 請 書

保護者氏名 _____ 印

住 所 池田町 _____

自宅電話番号 _____

ふりがな	男	生年月日 _____ 年 月 日生（ 歳 か月）		
氏 名	女	お子さんの愛称 _____		
保 護 者	父・氏名	(_____ 歳)	携帯 _____	
	母・氏名	(_____ 歳)	携帯 _____	
兄弟姉妹氏名 _____				
連 絡 先	勤務先	父	(_____ 電話)	母 (_____ 電話)
	<緊急連絡先>			
	①父・母・その他（関係 _____ 氏名 _____)		電話 _____	
	連絡先名： _____		携帯 _____	
②父・母・その他（関係 _____ 氏名 _____)		電話 _____		
連絡先名： _____		携帯 _____		
保育所・幼稚園・学校名	保育園・幼稚園 小学校		年 組 _____	(電話) _____
かかりつけ医	(電話) _____			
かかりつけ医が 休診時の受診先	(電話) _____			
健 康 保 険 証 種 類 ・ 番 号	保険証のコピーを貼ってください。 (サイズが合わない場合は裏面に貼ってください)		乳幼児受給者証の 受給資格者番号	_____
			平熱時の体温	_____ °C
			(好きな遊びなど)	
発 達	妊娠中の異常	なし ・ あり (_____)		
	出産中の異常	なし ・ あり (_____)		
	発達の異常	なし ・ あり (_____)		
<アレルギーについて>				
①薬アレルギー		なし・あり (薬剤名 _____)	(症状： _____)	
②食物アレルギー		なし・あり (食品名 _____)	(症状： _____)	

予 防 接 種	接 種 状 況		感 染 状 況		
	麻 疹	1 期	2 期	感染した	未
	風 疹			感染した	未
	水ぼうそう	1 回目	2 回目	感染した	未
	おたふく	1 回目	2 回目	感染した	未
	B C G	済			
B型肝炎	1 回目	2 回目	3 回目		
こ れ ま だ の 病 気	今までの大きな病気				
	熱性けいれん：なし・あり（初回 歳 か月/最後 歳 か月/これまでに 回）				
	処置法： 座薬 なし・あり 何度で 度				
	喘 息	毎日 薬を飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ			
	喘息様気管支炎	毎日 吸入療法している ・ いない ・ 発作時だけ			
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある （治療は 内服薬 ・ 食事療法 ）			
	その他の病気 （具体的に）				
	入院したこと	なし・あり	（病名 ） （病院 歳 か月）		
		（病名 ） （病院 歳 か月）			
<常用内服薬> 常時内服薬しているお薬があれば具体的にお書きください。 （病名・内服薬名・回数・内服時間）					
生 活 状 況	①食事介助 要 ・ 不要（スプーンのみ・箸が使える） （種類）ミルク・・・1回あたり CCで 時と 時 離乳食・・・初期 ・ 中期 ・ 後期 幼児食				
	②排泄【小】介助 要 ・ 不要（種類）おむつ・トレーニング中・パンツ 【大】介助 要 ・ 不要				
	③衣服の介助 要 ・ 不要				
	④昼寝の習慣 なし ・ あり（寝る時のくせ等 ）				
	⑤食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。				
そ の 他	心配なこと、配慮してほしいこと（具体的に）				