

年 月 日

登 録 申 請 書

保護者氏名 _____ 印

住 所 _____

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）			
乳幼児受給者証の 受給資格者番号					
平熱時の体温		℃			
（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 風 疹	1 期 2 期	感染した ・ 未		
			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 で の 病 気	熱性けいれん	なし・あり（初回 歳 か月／最終 歳 か月／これまでに 回） 処置法 ： 坐薬 なし ・ あり 何度で ℃			
	喘 息	ない ・ ある （ 薬 ： 毎日 ・ 発作時 ）			
	喘息様気管支炎	ない ・ ある （ 吸入薬 ： なし ・ あり ）			
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある （ 治療法 ： 内服薬 ・ 食事療法 ）			
	今までの大きな病 気	病名 （ ） 入院 なし ・ あり （ 歳 か月） 病院 （ ）			
	現在治療中の病気	なし・あり（ ）			
	<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・回数・内服時間等）				
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）				