

一時預かり 登録票

登録年月日 年 月 日

申請者 _____

児童氏名	ふりがな		愛称	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	通園先					
保護者	現住所	〒 _____				
	ふりがな				電話	
	氏名					
	ふりがな				電話	
氏名						
緊急連絡先		氏名	続柄	携帯電話または自宅電話		勤務先名称 / 電話
	①					(- -)
	②					(- -)
	③					(- -)
アレルギー	食物	なし ・ あり (_____)				
	その他					
既往歴	定期通院している病気	なし・あり (病名: _____ 医療機関名: _____)				
	毎日使用している薬					
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれんの既往 なし ・ あり (初回 _____ 歳 _____ ヶ月 / 最後 _____ 歳 _____ ヶ月)					
	<input type="checkbox"/> 入院の経験		なし ・ あり	入院時の年齢	_____ 歳 _____ ヶ月	病名:
予防接種	* 接種したことがあるワクチンに○をつけてください ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタ ・ 四種混合 ・ BCG MR ・ 水痘 ・ おたふく ・ 日本脳炎 ・ その他 (_____)					
その他	保育上注意して欲しいこと、その他要望など					