

※必ずすべてご記入ください

記入日：R 年 月 日

申請者名：

登録 児 童	児童氏名		愛称	性別	生年月日
	ふりがな			男 ・ 女	H・R 年 月 日 (歳 九月)
	自宅住所	(〒) 市	番地		
	自宅電話番号	- -			
	通園施設名	始良市 ・ () 市 () 保育園・幼稚園・小学校 / 学年 ()			
	その他利用施設名	学童 () / 放課後デイ () / 療育施設 ()			
かかりつけ医	なし ・ あり ()				

き よ う だ い (本 人 除 く)	続柄	氏名	年齢
			歳
	() 小・幼・保 / クラス ()		
			歳
	() 小・幼・保 / クラス ()		
			歳
() 小・幼・保 / クラス ()			

保護者連絡先		
保護者氏名	勤務先名	
続柄 ()	勤務地	() 市・町・村
	携帯電話	- -
保護者氏名	勤務先名	
続柄 ()	勤務地	() 市・町・村
	携帯電話	- -
携帯メールアドレス		

※入室の可否をメールにてお知らせしますので必ずアドレスをご記入ください。

周産期	在胎週数 () 週 出生体重 () g 異常 なし・あり ()
乳幼児期	発達の問題 なし・あり ()

予 防 接 種	1.Hib (ヒブ)	受けていない・受けた () 回	2.肺炎球菌	受けていない・受けた () 回
	3.B型肝炎	受けていない・受けた () 回	4.四種混合	受けていない・受けた () 回
	5.ロタ	受けていない・受けた () 回	6.BCG	受けていない・受けた () 回
	7.三種混合	受けていない・受けた () 回	8.MR (麻疹・風疹混合)	受けていない・受けた () 回
	9.ポリオ	受けていない・受けた*経口(生ワクチン)：() 回 *注射(不活化ワクチン)：() 回		
	10.水痘	受けていない・受けた () 回	11.おたふくかぜ	受けていない・受けた () 回
	12.日本脳炎	受けていない・受けた () 回		
	13.その他 接種したものがあれば教えてください	() () ()		

か か っ た 病 気	1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ			
	6.熱性けいれん (回) (最後は 年 月 日) (座薬の指示： なし ・ あり _____°C以上)			
	7.喘息および喘息性気管支炎 (継続治療中 ・ 悪化時治療のみ)			
	8.アトピー性皮膚炎 9.その他 ()			
入院歴	なし・あり (病名： いつ： 歳 カ月) (病名： いつ： 歳 カ月)			

常 時 内 服 し て い る 薬	内服薬	なし ・ あり (内服薬の名前： 回数：)
	軟膏	なし ・ あり (軟膏の名前： 回数：)
	吸入薬	なし ・ あり (吸入薬の名前： 回数：)
食物アレルギー	なし ・ あり ()	
除去食	なし ・ あり (具体的に：)	

その他	*体質(薬物アレルギー等)やくせ、入眠方法など、ご心配なこと、配慮してほしいことがありましたら、具体的にご記入ください*
-----	--

受付日	R 年 月 日	処理
-----	---------	----