

新規 ・ 更新 (最終利用日 年 月 日)

令和5年度 一時保育 リフレッシュ ・ 非定型 利用登録申込書

(希望する利用方法にシ印をお願いします。)

NPO法人KOTOともそだちネットひまわり保育園園長殿

申請年月日：令和 年 月 日()

申請者(保護者)名 印

顔写真
(3×4cm)
正面向いた
最近の顔写真
証明写真でなくて可

| | | | | |
|------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------|------------------------|
| 登 録 児 童 | 児 童 氏 名 | 愛 称 | 性 別 | 生 年 月 日 |
| | | | 男 女 | 平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月) |
| | 自宅住所(〒 -) | | | |
| | 自宅電話番号： () 父携帯： () 母携帯： () | | | |
| | かかりつけ医 | ()医院 ・ 病院 ()医師 電話 () | | |
| 備 考 | | | | |

| 家族氏名・勤務先・連絡先 | | | | |
|--------------|----|-----------|-----|---------|
| 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 職 業 | 勤務先・連絡先 |
| | | ・ (才) | | 電話： () |
| | | ・ (才) | | 電話： () |
| | | ・ (才) | | 電話： () |
| | | ・ (才) | | 電話： () |
| | | ・ (才) | | 電話： () |

| 新生児期 | 出生児の異常(有・無) | 発育・発達 | 普通・少し遅れていると思う・わからない | | | |
|--|-----------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|--|--|
| 予 防 接 種 | 三種混合(DPT) | 受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加) | | | | |
| | 四種混合 | 受けていない・受けた(I期1回 2回 3回 I期追加) | | | | |
| | BCG | 受けていない・受けた | ポリオ | 受けていない・受けた(1回・2回) | | |
| | ロタ | 受けていない・受けた | シナジス | 受けていない・受けた(1回・2回) | | |
| | はしか(麻疹) | 受けていない・受けた | 風疹 | 受けていない・受けた | | |
| | みずぼうそう | 受けていない・受けた | おたふくかぜ | 受けていない・受けた | | |
| これまでにかかった主な感染症・病気 | | -かかった病気に○をして下さい- | | | | |
| 1・突発性発疹 2・はしか 3・風疹 4・みずぼうそう 5・おたふくかぜ 6・アトピー性皮膚炎 7.食物アレルギー 8・熱性けいれん(回数： 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 9・喘息及び喘息様気管支炎 (継続治療中 ・ 悪化時治療のみ) 10・その他() | | | | | | |
| 入院したこと | ない・ある(病名： 歳 ヶ月) | | 病名： 歳 ヶ月) | | | |
| 常時服用している薬 | ない・ある(具体的に：) | | | | | |
| 食事制限(アレルギー) | ない・ある(具体的に：) | | | | | |
| その他：体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮して欲しい事があったら具体的にお書きください。 | | | | | | |

※健康診断書の提出をお願いしております。

登録申し込みの3か月以内に医師や保健所での健診の写しも可能です。

※写真は、3×4cmのものを2枚ご用意ください。