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レ印をお願いします。）

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

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　　 ㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録児童 | ふ り が な  児 童 氏 名 | | | | | 愛 | | 称 |  | 性別 | 生 年 月 | 日 |
|  | | | | |  | | | | 男  女 | 平成•令和 年  ( 歳 | 月 日  ヶ月) |
| 自宅住所(〒 | － ) | | | |  | |  |  | |  |  |
| 自宅電話番号： | ( ) | | | |  | |  |  | |  |  |
| 父携帯： | ( ) | | | | 母携帯： | |  | ( ) | |  |  |
|  | | (　　 )医院　•　病院 | | | | | | | | | |
| かかりつけ医 | | ( )医師 | | | | | | | | | |
|  | | 電話 ( ) | | | | | | | | | |
| 備  考 |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **家族氏名•勤務先•連絡先** | | | | | | | | | | | | |
| ふ り が な  **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○をして下さいー | | | | | | | | | | | |
| 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。