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。