

# 休日保育利用登録申請書

太陽の子保育園に在園の方は※印欄のみご記入ください。

平成 年 月 日

※ 申込者 (保護者)	氏 名	※ 住 所						
※ 児 童	ふりがな 氏 名	※ 生年 月 日	年 月 日 ( 歳 か月)	※ 平熱 ℃				
※ 現在の 保育状況	(保育所等の名称)							
保護者 連絡先	氏 名	(続柄 )		氏 名	(続柄 )			
	自宅電話			自宅電話				
	携帯電話			携帯電話				
	緊急 連絡 先	名称		緊急 連絡 先	名称			
	電話			電話				
保護者・ 登録児童 以外の 同居家族	氏 名	年齢	続柄	通学・通勤先等	氏 名	年齢	続柄	通学・通勤先等
かかりつけ 医療機関	名 称				所在地			
	主治医名				電 話			
予防接種	ポリオ	第1回	年 月 日	第2回	年 月 日			
	三種混合	1期① 追加	年 月 日	②	年 月 日	③	年 月 日	
	B C G接種		年 月 日	流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)		年 月 日		
	麻疹(はしか)		年 月 日	MR(はしか・風疹)		年 月 日		
	風 疹		年 月 日	水痘(水ぼうそう)		年 月 日		
	日本脳炎	基礎①	年 月 日	②	年 月 日	追加	年 月 日	
	その他							
感染症歴	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月	百日咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月		
	風 疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月	突発性発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月		
	流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月	その他	(病名 )	歳 か月		
	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月		(病名 )	歳 か月		
その他	熱性けいれん (ひきつけ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	初回 歳 か月	最近 歳 か月	(過去 回程度)			
	喘 息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる { <input type="checkbox"/> 毎日 ( <input type="checkbox"/> 朝 ・ <input type="checkbox"/> 昼 ・ <input type="checkbox"/> 夕 ) ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ }	<input type="checkbox"/> 吸入をしている { <input type="checkbox"/> 毎日 ( <input type="checkbox"/> 朝 ・ <input type="checkbox"/> 昼 ・ <input type="checkbox"/> 夕 ) ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ }					
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食事療法をしている(除去食品 )	食べてしまった時の症状( )					
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる( )	<input type="checkbox"/> 薬を塗っている( )					
	上記以外の病気や大怪我をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )						
	発達上、気になることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )						
	頭を強く打ったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )						
	入院したことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )						
	常時飲んでいる薬がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )						
	与薬後、発疹や異常が出たことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )						
その他の体質やアレルギー・癖などはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に )							