

**2017年度 特定非営利活動法人 ぴっぴ 登録書**

年 月 日受付

ふりがな				男・女	生年月日	
お子さまの氏名					平成	年 月 日生
おうちでの呼び名					(	歳 加月)
住所 電話番号	(〒 - ) 市 区			平熱	℃	
ご家族について (本人は除く)	氏名	年齢	続柄	勤務先・学校など		
緊急連絡先 (希望連絡先順に記入下さい)	①どこへ:	TEL:				
	②どこへ:	TEL:				
	③どこへ:	TEL:				
健康保険証	保険者番号・名称:					
	記号:			番号:		
園児のための総合保障制度	1. 加入している (      コース) 2. 加入していない					

**健康調査書**

出生時の身長	cm	出生時の体重	g
分娩の経過	1. 異常なし 2. 異常あり (      )		
既往症・これまでの 大きなけがなど			
現在治療中の病気			
緊急時、特に診察を希望する かかりつけの病院	無・有 (      科) 病院名: 連絡先:		
予防接種について (既に接種済みのもの・羅漢済みのものに○を付けて下さい。)			
BCG ・ DPT4 種混合 (第一期 1回・2回・3回・一期の追加) ・ポリオ (1回・2回) ・ DT二種混合 ・ MR (第一期・第二期) ・ 日本脳炎 (第一期 1回・2回・一期の追加) ・ ヒブ (1回・2回・3回・追加) ・小児肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) ・水痘・おたふく・ B型肝炎・他 (      )			
アレルギーの有無	1. 有 (      ) 2. 無		
熱性けいれんの有無	1. 有 (      ) 2. 無		
保育をする上で特に気を付けなければならないこと			
食事について			
生活・その他 について			