

2020年度 保育ルーム ぴっぴ 登録書

20 年 月 日受付

ふりがな			男 ・ 女	生年月日			
お子さまの氏名				20	年	月	日生
おうちでの呼び名				(歳	加月)	
住所 電話番号	(〒 -) 市 区		TEL () -				
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で、羅漢済みのもので○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			