

20 年度 保育ルームぴっぴ 登録書

フログ	
-----	--

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	(歳 加月)		
おうちでの呼び名					平熱	℃		
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・罹患済みのものに○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 () ※有の場合、医師記入の「園におけるアレルギー疾患生活管理指導表」 の提出要。対応決定までは、給食・おやつ提供はできません。 2. 無		
熱性けいれんの有無	1. 有 () 2. 無		
保育をする上で 気を付けなければ ならないこと (食事・排泄・睡眠など)			

(この登録書の内容が外部に漏れるようなことは一切ありません)