

病児保育室 おひさま 登録用紙

登録 NO, _____

記載日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 お名前 _____

同居家族構成

氏名	生年月日	続柄	職業・その他
ふりがな お名前	年 月 日生		
ふりがな お名前	年 月 日生		
ふりがな お名前	年 月 日生		
ふりがな お名前	年 月 日生		
ふりがな お名前	年 月 日生		

かかりつけ医

TEL(_____)

新生児期について

出生体重(_____ g) 在胎(_____ 週) 出生時の異常(無・有→ _____)

発育・発達について

早いと思う・普通と思う・すこし遅れていると思う・わからない

予防接種について(受けている回数分、ボックスにチェックを入れてください)

ヒブ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B型肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
四種混合	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	日本脳炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ロタ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/>)	DT	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	※四種混合の接種が開始となった 2012 年以前に予防接種を受けられた方で、三種混合とポリオの接種が完了していない場合はスケジュールをかかりつけ医にご相談ください。	
三種混合	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ポリオ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

慢性的に治療している病気や、飲んでいる薬(アトピー、喘息、けいれんなど)

--

アレルギー除去食依頼(除去が必要な場合ご記入ください)

氏名	の食事に対し
食物アレルギーのため下記食品の除去を依頼いたします。	
(除去食品内容)	
年 月 日	
保護者氏名	

世帯区分(該当する欄に○をお付けください)

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
所得税課税世帯	所得税課税の ひとり親世帯	所得税非課税世帯	所得税非課税の ひとり親世帯	市民税非課税世帯	生活保護世帯	対象外

- ・ 以上記載内容に変更が生じた場合は、すみやかに保育室までお知らせください。
- ・ この登録用紙に記載された内容は、守秘義務により保護され第三者に知られる事はありません。