

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・発達について気になる事があればお書きください

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"/>		
五種混合	<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

上記の食物アレルギー食品の除去解除を依頼いたします。

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
生活保護世帯	市民税 非課税世帯	所得税 非課税世帯	所得税 課税世帯	ひとり親世帯 所得税非課税世帯	ひとり親世帯 所得税課税世帯	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。