

20 年度 保育ルームぴっぴ 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					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 (お子様本人は除く)	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誰へ:	TEL:				
	②誰へ:	TEL:				
	③誰へ:	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) ・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 (1回・2回) ・おたふく (1回・2回) ・ B型肝炎 (1回・2回・3回) ・ロタウイルス (1回・2回) ・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 【健康 (脱臼経験等) ・ 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)

◆ブログなどへの写真の掲載を承認します。 (○をして下さい)