

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:		

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)

※ブログやインスタグラム、ぴっぴの機関誌へ写真を使用する場合がありますのでご容赦ください。(個人が特定できる写真は使用いたしません) 特別な事情により掲載が不可の方はお申し出いただきますようお願いいたします。