

下田市・南伊豆町・賀茂地区他

登録番号：

病院ID：

かるがも病児保育室 利用登録申込書

令和 年 月 日記入

| | | | | | | |
|-------------------------|--|----------|----------------|-------|-------------|------|
| ふりがな 児童氏名 | 性別 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 歳 ヶ月 | | | |
| 通園又は 学校名称 | () 市町 () | | | | | |
| 保護者氏名 | 生年月日 | 勤務先名称 | | | | |
| | ・ ・ ・ | 勤務先電話番号 | | | | |
| 自宅住所 | 〒 - | 電話番号 | | | | |
| | | (携帯番号) | | | | |
| 同居の 家族 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 緊急連絡先 及びその他 お迎えの方 | 氏名 (優先順に記入) | | 続柄 | 電話番号 | | |
| | ① | | | | | |
| | ② | | | | | |
| 保険の種類 保険者名称 | 国民健康保険・社会保険・その他 () | | | | ※コピー 添付可 | |
| | 記号 | 番号 | 保険者番号 | | | |
| 予防接種 | ヒブ () 回、小児用肺炎球菌 () 回、四種混合 () 回、 BCG () 回、MR (麻疹・風疹) () 回、B型肝炎 () 回 日本脳炎 () 回、ロタウィルス () 回、水痘 () 回 おたふくかぜ () 回、その他 () 回 ※四種混合に変更前：三種混合 () 回・生ポリオ () 回 | | | | | |
| 既往歴 ※番号に○ | 1 突発性発疹、 2 水ぼうそう、 3 おたふくかぜ 4 熱性けいれん[初回 歳 ヶ月*最後 歳 ヶ月*これまで 回] [けいれん止め座薬使用 有・無] | | | | | |
| アレルギー の有無 | 無 ・ 有 ぜんそく・アトピー性皮膚炎・くすり () 食物アレルギー (卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ その他 ()) | | | | | |
| 発育に ついて | 出生体重 | 首のすわった時期 | 歩き始めた時期 | 発語の時期 | | |
| | | | | | | |

※裏面につづく

| | | | | |
|--|-----|----|-----|----------------------------|
| 食事に ついて | 離乳食 | | ミルク | 食事で何か気を付けることはありますか？ () |
| | 開始 | ヶ月 | 完了 | |
| ○定期的に通院している病気はありますか？ 無 ・ 有 病院名 () 病名 () 服薬名 () | | | | |
| ○現在までの健康診断で何か指摘を受けたことがありますか？ 無 ・ 有 内容 () | | | | |
| ○お昼寝について、家庭での様子を教えてください | | | | |
| | | | | |
| ○好きな遊びはありますか？家庭での様子を教えてください | | | | |
| | | | | |
| ○その他保育室に伝えたいことがありましたら、記入してください | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |