

一時保育 登録利用申請書

登録日 令和 年 月 日

森の子こども園 園長殿

保護者 _____ 印

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	令和 年 月 日
児童氏名			血液型	A ・ B ・ O ・ AB RH(+ ・ -)
			平 熱	()℃

家族及び同居している人(本人を除く)	氏名・ふりがな	続柄	生年月日	勤務先及び学校名等	
				名称: 所在地:	
				名称: 所在地:	
				名称: 所在地:	
				名称: 所在地:	
				名称: 所在地:	
住所	〒 立川市				
緊急 連絡先	第一連絡先	(父・母・その他) Tel:			(自宅・携帯・職場)
	第二連絡先	(父・母・その他) Tel:			(自宅・携帯・職場)
	第三連絡先	(父・母・その他) Tel:			(自宅・携帯・職場)
送迎 方法	徒歩・自転車・車	送迎者	送る方: 迎える方:	所要時間	分

【 生 育 歴 】

出生時	妊娠()週 体重(g) 身長(cm) 出生時の異常 なし・あり()	写真
かかりつけの病院	病院名:	
	Tel:	
その他	なし 喘息 アトピー 大きな怪我 病気 ひきつけ 痙攣 その他 ()	
アレルギー	なし あり 卵・乳・小麦・大豆・そば・ナッツ類・薬 ()	

予防接種

接種済みの予防接種には、接種の欄に☑をして下さい。

予防接種		接種	予防接種		接種	予防接種		接種
B型肝炎	1回		インフルエンザ菌 b型 (ヒブ)	1回		水痘 (水ぼうそう)	1回	
	2回			2回			2回	
	3回			3回		日本脳炎	1回	
ロタ ウイルス	1回		五種混合 又は 四種混合	4回			2回	
	2回			1回			3回	
	3回			2回		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	1回	
小児肺炎 球菌	1回		BCG	3回			2回	
	2回			4回		インフルエンザ (最終年度)	1回	
	3回		MR (麻疹風疹混合)	1回			2回	
	4回			2回		備考 新型コロナウイルスワクチンなど		

感染症

かかったことのある感染症をご記入ください。

感 染 症	感染年月日(月齢)	感染症	感染年月日(月齢)
麻疹(はしか)	・ ・ (歳 か月)	突発性発疹	・ ・ (歳 か月)
流行性耳下腺炎	・ ・ (歳 か月)	ウイルス性胃腸炎	・ ・ (歳 か月)
風疹(三日ばしか)	・ ・ (歳 か月)	伝染性膿痂疹(とびひ)	・ ・ (歳 か月)
水痘(水ぼうそう)	・ ・ (歳 か月)	伝染性軟属腫(水いぼ)	・ ・ (歳 か月)
百日咳	・ ・ (歳 か月)	手足口病	・ ・ (歳 か月)
咽頭結膜熱(プール熱)	・ ・ (歳 か月)	伝染性紅斑(りんご病)	・ ・ (歳 か月)
インフルエンザ	・ ・ (歳 か月)	流行性角結膜炎	・ ・ (歳 か月)
溶連菌感染症	・ ・ (歳 か月)	マイコプラズマ肺炎	・ ・ (歳 か月)
ヘルパンギーナ	・ ・ (歳 か月)	RSウイルス	・ ・ (歳 か月)
帯状疱疹	・ ・ (歳 か月)	新型コロナウイルス感染症	・ ・ (歳 か月)
ウイルス性肝炎	・ ・ (歳 か月)	その他 ()	・ ・ (歳 か月)

【備考】