

# 一時預かり保育登録届出書

(保護者が記入してください)

ふりがな 児童名	女 男	愛称	平成 令和 年 月 日生				
ふりがな 保護者名	緊急連絡先 ※氏名には「ふりがな」も記入してください。 ふりがな						
住所	① 氏名 ( ) 職場名 ( )						
自宅番号	電話( ) 携帯電話( )						
保険証番号	ふりがな ② 氏名 ( ) 職場名 ( )						
◎かかった病気と予防接種	電話( ) 携帯電話( )						
予防接種	感 染						
MR(麻疹・風疹)(済・未)	(あり・なし)	③ 氏名 ( )					
おたふく (済・未)	(あり・なし)	職場名 ( )					
風 疹 (済・未)	(あり・なし)	電話( ) 携帯電話( )					
水 痘 (済・未)	(あり・なし)	ふりがな ④ 氏名 ( )					
BCG (済・未)		職場名 ( )					
ポリオ (済・未)	(あり・なし)	電話( ) 携帯電話( )					
三種混合 (済・未)	(あり・なし)	◎アレルギー(特異)体質について					
(百日咳・破傷風・ジフテリア)		○アレルギー性の病気の経験がありますか。					
日本脳炎 (済・未)		あれば病名及びアレルゲン(原因となるもの)等、					
ヒブワクチン (済・未)		具体的に記入してください。また、未摂取のものや					
肺炎球菌 (済・未)		食事制限されている方も記入して下さい。					
その他( ) (済・未)		アレルギー					
		( )					
		未摂取・食事制限					
		( )					
◎ひきつけの有無(あり・なし)		○薬物アレルギーの経験があれば記入して下さい。					
過去 回		(合わない薬)					
最近の発作 年 月		・使用できない薬品名					
受診病院名( )							
診断名( )							
・けいれん止めの薬(座薬も含む) 使用有無							
あり・なし							
・使用方法(熱や使用量など具体的に)							
		離乳食	初期	中期	後期	キザミ	完了
		日					
◎平熱 °C		◎過去の入院または大きな病気(肝炎・心臓疾患など)					
◎その他(持病など)必要とする配慮							
◎かかりつけの病院名							
◎施設等利用給付認定(新2号または新3号)				□新2号 □新3号		認定保護者名	

上記のとおり相違なく、届出いたします。

令和 年 月 日 保護者氏名 印

◀園記入用備考欄▶