

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()					
保険証記号・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					
ヒブ(インフルエンザ菌b型)	(回 済・未) (有・無)	ふりがな				
小児肺炎球菌	(回 済・未) (有・無)	③ 氏名 ()				
4種混合] (回 済・未) (有・無)	職場名 ()				
3種混合・不活化ポリオ		電話() 携帯電話()				
BCG	(回 済・未) (有・無)	◎アレルギー(特異)体質について				
麻しん風しん	(回 済・未) (有・無)	○アレルギー性の病気の経験がありますか。				
水痘	(回 済・未) (有・無)	あれば病名及びアレルゲン(原因となるもの)等、				
日本脳炎	(回 済・未) (有・無)	具体的に記入してください。また、未摂取のものや				
B型肝炎	(回 済・未) (有・無)	食事制限されている方も記入して下さい。				
おたふく	(回 済・未) (有・無)	アレルギー				
ロタウイルス	(回 済・未) (有・無)	()				
その他()	(済・未) (有・無)	・エピペン対応の有無 (有 ・ 無)				
◎ひきつけの有無(あり・なし)	未摂取・食事制限					
過去 回	()					
最近の発作 年 月	○薬物アレルギーの経験があれば記入して下さい。					
受診病院名()	(合わない薬)					
診断名()	・使用できない薬品名					
・けいれん止めの薬(座薬も含む) 使用有無						
あり ・ なし	離乳食	初期	中期	後期	キザミ	完了
・使用方法(熱や使用量など具体的に)	日					
◎平熱 °C						
◎その他(持病など)必要とする配慮	◎過去の入院または大きな病気(肝炎・心臓疾患など)					
◎通園先 無 ・ 有()	◎かかりつけの病院名					
◎子育てのための施設等利用給付認定	□新2号	□新3号	認定保護者名			
※認定を受けている場合は必ず『認定通知書』を提示してください						

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 _____

※初回の登録に加え、年度ごとの登録が必要です。

◀園記入用備考欄▶