

登録園児・児童	フリガナ		愛称		性別	生年月日		
	園児・児童氏名				男・女	H R 年 月 日 (歳 か月)		
	保育の注意点(<input type="checkbox"/> 障害者手帳(有・無) (療育・精神・身体))							
	自宅住所		〒 -					
	緊急時連絡先 (必ず連絡のつくところ)			通園・通学先				
	かかりつけ医		医療機関名					
	かかりつけ医		医療機関名					
世帯構成及び状況	父	氏名			携帯電話番号			
		勤務先			勤務先電話番号			
	母	氏名			携帯電話番号			
		勤務先			勤務先電話番号			
兄弟・姉妹の氏名年齢を記入して下さい		氏名	年齢	氏名	年齢	氏名	年齢	
		男・女		男・女		男・女		
予防接種	百日咳・ジフテリア 破傷風・ポリオ・Hib		五種混合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加					
			四種混合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加					
			Hib <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加					
	小児用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加					
	BCG		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 済					
	麻疹・風疹(MR)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目					
	水痘		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目					
	日本脳炎		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加					
	B型肝炎		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目					
	ロタウイルス		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目					
	おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目					
その他		ヒトパピローマウイルスHPV <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 髄膜炎菌等()						
健康状態	これまでにかかった感染症		<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか(麻疹) <input type="checkbox"/> 水痘(水疱瘡) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> その他()					
	これまでにかかった病気 入院や手術歴		()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術	
			()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術	
			()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術	
	アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()※下記に詳しく記入 症状 () 制限 ()					
その他	利用予定時間		時 分～ 時 分 (予約の際にも予約時間をお尋ねします。予約時間を1時間経過した場合は自動キャンセルさせていただきますのでご注意ください)					
	体質(薬物アレルギー等)や出産時の異常、発育・発達に関する事、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。							

年度始めに同用紙をご自宅へ郵送させていただきます。
ご記入のうえ必ず返送して下さい。その年度の登録となります。