

利用登録書

登録番号 () ★初めて利用される方のみ記入してください。

(ふりがな) 児童氏名	() 男女 (愛称)	生年月日	年 月 日 (歳 ヲ月)
在園保育所等名	保育所・幼稚園・小学校 (いずれかに○印をつけてください) TEL -		
(ふりがな) 保護者氏名	家族構成	父 母 祖父 祖母 兄弟 () 人	
住 所	(〒 -) TEL -		
父 母 の 勤 務 先	父	勤務先: TEL - 職 種: 雇用形態:	
	母	勤務先: TEL - 職 種: 雇用形態:	
かかりつけ 医療機関名	病院・医院 TEL - 担当医師名 ()		
予 防 接 種 歴	B C G: 年 月 三種混合: 1期1回目 年 月 M R: 年 月 2回目 年 月 (はしか、風疹) 3回目 年 月 水 痘: 年 月 1期追加 おたふくかぜ: ポ リ オ: 1回目 年 月 日本脳炎: 1回目 年 月 2回目 年 月 追加 年 月 その他 ()		
	アレルギー歴 (○をつけてください) 1 気管支喘息 2 アトピー性皮膚炎 3 アレルギー性鼻炎 4 じんましん 5 食物アレルギー (ミルク、卵、その他:) 6 その他のアレルギー ()		家族歴 ・アレルギー ・結核 ・その他
これまでかかった主な感染症と病気 (かかった病気に○をつけてください) 1 突発性発疹症 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 百日咳 7 けいれん (熱: 有・無) 8 じんましん 9 結核 10 ぜんそく 11 その他 ()			
お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書き下さい。			
好きな食べ物		好きな遊び	

様

上記のとおり病後児保育事業を利用したいので登録を申請します。

なお、利用期間中は施設の指示に従います。

年 月 日

保護者氏名

聖マリア保育園病後児保育事業
病後児保育室「コスモス」