

若竹学園・病後児保育利用登録申請書

(籠原・川本・寄居) 若竹幼稚園・籠原さみどり認定こども園

県北若竹学園長 あて (籠原・川本・寄居) のこキッズ保育園・サンキッズ保育ステーション

令和 年 月 日

ふりがな	男	お子さんの愛称	生年月日 H・R 年 月 日
児童氏名	女		年齢 歳 か月
保護者	父	氏名	携帯電話 ー ー
		勤務先名・部署	勤務先電話 ー ー
	母	氏名	携帯電話 ー ー
		勤務先名・部署	勤務先電話 ー ー
	住所	〒 ー	電話 ー ー
兄弟	いない・いる (歳:男・女) (歳:男・女) (歳:男・女)		
緊急連絡先	1	電話番号 ー ー	続柄
	2	電話番号 ー ー	続柄
	かかりつけ医		電話番号 ー ー
発達	1歳半までの方は記入してください。		
	検診で指摘を受けたことはありますか (ある・ない)		
	出生時体重 g	在胎 週	首のすわり か月
	おすわり か月	一人歩き か月	栄養法 (母乳・人工・混合)
予防接種	B型肝炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 追加 (年 月)		
	H i b <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 追加 (年 月)		
	肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 追加 (年 月)		
	ロタウイルス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> 3回 (年 月)		
	四種混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 追加 (年 月)		
	三種混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> 3回 (年 月) <input type="checkbox"/> 追加 (年 月)		
	ポリオ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) BCG <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済 (年 月)		
	麻しん (はしか) ・風しん混合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月)		
	麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月)		
	風しん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月)		
日本脳炎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) <input type="checkbox"/> 追加 (年 月)			
水痘 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月)			
おたふく <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 (年 月) <input type="checkbox"/> 2回 (年 月) その他 ()			
感染症歴	麻しん(はしか): 歳 か月	水痘: 歳 か月	百日咳: 歳 か月
	突発性発疹: 歳 か月	風しん: 歳 か月	おたふく: 歳 か月
	B型肝炎: 歳 か月 (キャリアー・キャリアーでない)		
	熱性けいれんの有無 (ある・ない) ダイアアップの利用 (ある・ない)		
	今までに大きな病気になったことがありますか (はい・いいえ) 詳細:		
アレルギー	食物:ない ある (品名:) その他 ()		

学園登録番号 _____