令和　　年度	歳児	登録番号	

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 令和　　年　　月　　日生

ふりがな
保護者名

住所

自宅番号

受診方法 （どちらかに✓）	□マイナ保険証　□資格確認書 （記号　　番号　　）

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
① 氏名　（　　）
職場名　（　　）
電話（　　）携帯電話（　　）

ふりがな
② 氏名　（　　）
職場名　（　　）
電話（　　）携帯電話（　　）

ふりがな
③ 氏名　（　　）
職場名　（　　）
電話（　　）携帯電話（　　）

◎かかった病気と予防接種

	予防接種	感　染
ヒブ（ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌b型）	（　回 済・未）	（有・無）
小児肺炎球菌	（　回 済・未）	（有・無）
4 種混合 3 種混合・不活化ﾎﾟﾘｵ	（　回 済・未）	（有・無）
BCG	（　回 済・未）	（有・無）
麻しん風しん	（　回 済・未）	（有・無）
水痘	（　回 済・未）	（有・無）
日本脳炎	（　回 済・未）	（有・無）
B 型肝炎	（　回 済・未）	（有・無）
おたふく	（　回 済・未）	（有・無）
ロタウイルス	（　回 済・未）	（有・無）
その他（　　）	（済・未）	（有・無）

◎アレルギー(特異)体質について

〇アレルギー性の病気の経験がありますか。
あれば病名及びアレルゲン（原因となるもの）等、具体的に記入してください。また、未摂取のものや食事制限されている方も記入して下さい。

アレルギー
（　　）

・エピペン対応の有無　（ 有 ・ 無 ）

未摂取・食事制限
（　　）

〇薬物アレルギーの経験があれば記入して下さい。
（合わない薬）

・使用できない薬品名

◎ひきつけの有無（あり・なし）
過去　　回
最近の発作　　年　　月
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）

◎平熱　　℃

離乳食	初期	中期	後期	キザミ	完了
日					

◎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≫