

**㊦病児保育登録申請書**  
(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

(あて先) ふたばすまいるキッズ 施設長

年 月 日

フリガナ 氏名 (子)	男 女	愛称	生年月日 ( 歳 年 月 日生 ( 歳 か月)	
住 所		TEL		
保育施設、学校等名		TEL		
世帯の状況	氏名 (父)		勤務先 TEL	
	氏名 (母)		勤務先 TEL	
	同居家族 (氏名 続柄 ) (氏名 続柄 )			
	(氏名 続柄 ) (氏名 続柄 )			
(氏名 続柄 ) (氏名 続柄 )				
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号	
緊急連絡先	TEL			
かかりつけ医	医療機関名 医師名	TEL		
生 育 歴	出生時体重 ( g) 出生週数( 週 日)			
	栄養法 (母乳・人工・混合)			
	離乳食開始時期 (現在離乳食期の場合記入してください)			
	前期 (目安5～6か月) : か月 中期 (目安7～8か月) : か月 後期 (目安9か月～) : か月			
入院歴	( )			
	その他伝えておきたいこと ( )			
既往歴	突発性発疹 麻しん (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 ( )			
食 事	嫌いな食べ物 ( ) アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソバ類 その他 ( )			
そ の 他	注意事項			

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

