

様式第2号（第8条関係）

利用児童登録票

記入日 年 月 日

利用児童	氏名		性別	生年月日	
	ふりがな		男・女	年 月 日	
				(歳 か月)	
	身長	cm	体重	kg	
	通所施設等				
1 認可保育所 (保育園) 2 認定こども園 () 3 幼稚園 (幼稚園) 4 小学校 (小学校) 5 その他 (自宅で保育・その他)					
かかりつけ医 医療機関名 (担当医) 住所 電話 ()					
保護者	氏名		続柄	連絡先	
	ふりがな			電話 ()	
				携帯 ()	
住所					
利用児童の状況	新生児期	出生時の異常	無・有 ()		
		発育・発達	ふつう・健診や通園施設で指摘あり		
	既往歴 (今までにかかった病気について、該当する番号に○を付けてください。) 1 突発性発しん 2 麻しん (はしか) 3 水痘 (水ぼうそう) 4 風しん (3日はしか) 5 咽頭結膜熱 (プール熱) 6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 7 百日咳 8 ヘルパンギーナ 9 肺炎 10 とびひ 11 B型肝炎 (キャリアを含む。) 12 喘息・喘息様気管支炎 (薬の服用 毎日・増悪時) 13 アトピー性皮膚炎 14 川崎病 (心臓合併症 有・無) 15 熱性けいれん (初回 歳、最後 歳) 16 てんかん 17 その他 ()				
予防接種 (これまでに受けた予防接種について、該当する番号に○を付けてください。) 1 ヒブワクチン (インフルエンザ菌b型) (1回目・2回目・3回目・追加) 2 小児用肺炎球菌ワクチン (1回目・2回目・3回目・追加) 3 3種混合ワクチン (1回目・2回目・3回目・追加) 4 4種混合ワクチン (1回目・2回目・3回目・追加) 5 不活性化ポリオワクチン (1回目・2回目・3回目・追加) 6 生ポリオワクチン (1回目・2回目) 7 BCGワクチン 8 麻しん、風しん (MR) 混合ワクチン (1期・2期) 9 日本脳炎ワクチン (1回目・2回目・追加・2期) 10 インフルエンザワクチン (年 月) 11 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ワクチン 12 水痘 (水ぼうそう) ワクチン 13 B型肝炎ワクチン (1回目・2回目・3回目) 14 ロタウイルスワクチン (1回目・2回目・3回目) 15 2種混合ワクチン (DT) 16 その他 ()					

利用児童の状況	入院の経験（入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。） 1 ない 2 ある（ 歳 か月 : 病名 ） （ 歳 か月 : 病名 ）
	常時服用している薬 1 ない 2 ある（具体的に ）
	その他（障がい、食べ物・薬物アレルギー等、心配なこと、配慮してほしいことなどを記入してください。）

※2名以上の登録をする場合は、利用児童ごとに記載してください。

※利用申込み時において児童の状況に変更がある場合は、朱書きで修正し、事業実施者に提出してください。