

登録票

登録日 平成 年 月 日 ID:

ふりがな		生年月日 平成 年 月 日		
氏名		男・女 愛称		
自宅住所		該当する減免があれば○をしてください。 生活保護受給者証		
市 区		市町民税非課税世帯		
自宅電話番号		所得税非課税世帯		
保育所(学校)名		かかりつけ医院		
家族構成	ふりがな	勤務先番号		
	父氏名 昭和・平成 年 月 日生	勤務先名		
	ふりがな	勤務先番号		
	母氏名 昭和・平成 年 月 日生	勤務先名		
	ふりがな 続柄			
	氏名 平成 年 月 日生			
緊急連絡先	ふりがな	続柄	父・母・その他()	
	①氏名	電話番号		
	ふりがな	続柄	父・母・その他()	
	②氏名	電話番号		
	ふりがな	続柄	父・母・その他()	
	③氏名	電話番号		
予防接種	ヒブワクチン()回	4(3)種混合()回	B型肝炎()回	BCG
	肺炎球菌()回	おたふくかぜ()回	水ぼうそう()回	麻疹風疹()回
	ロタワクチン()回	日本脳炎()回		
病歴	「みずぼうそう」にかかったことが なし・あり			
	「おたふくかぜ」にかかったことが なし・あり			
	熱性けいれん なし・あり 予防投薬 なし・あり			
	その他(具体的に)			
アレルギー	食物アレルギー: なし・あり		エピペン処方: なし・あり	
	除去食(生産ライン可・不可なども詳しく)			
	その他のアレルギー: なし・あり →具体的に			
寝る時の癖、排泄の仕方、配慮する点(こうすれば機嫌が良くなる、食べる。等)				
(写真) ななほしにて撮影します				