

受付日/対応者	受け取り時チェック		登録受付セット 受取サイン
/	<input type="checkbox"/> 母子手帳コピー 予防接種欄添付	<input type="checkbox"/> 福利厚生サービス なし・あり（コピー添付）	

登録事務	看護師
20 . .	20 . .

## オハナ☆キッズケア 利用登録申込書

※福利厚生サービス利用の方は、証明するものをコピーし（A4サイズ）添付してください

20 年 月 日（ ）記入

申込者氏名：

ふりがな					生年月日
児童名			男 女	20 年 月 日（ 歳 か月）	
自宅住所	〒				
現在の 保育状況 （児童の所属）	通所施設名 保育園【認可・認可外（ 市）】・幼稚園・小学校・その他（ ）				
保護者 連絡先	氏名				氏名
	自宅電話				自宅電話
	携帯電話				携帯電話
	e-mail				e-mail
	勤務先名				勤務先名
	勤務先電話				勤務先電話
世帯構成	氏名	性別	続柄	生年月日	職業
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	

出生に関する 情報	妊娠期間	週 日	妊娠中の異常		
	出生時体重	g	出生時異常		
	出生時身長	cm			
かかりつけ 医療機関	名称	主治医名			
	住所	電話			

<p>右にご記入の上、 母子手帳の予防 接種欄をコピーし (A4サイズ) 添付してください</p>	インフル エンザ菌b型 (Hib)	1回	年 月 日	小児肺炎 球菌	1回	年 月 日
		2回	年 月 日		2回	年 月 日
		3回	年 月 日		3回	年 月 日
		追加	年 月 日		追加	年 月 日
	B型肝炎	1回	年 月 日	ジフテリア 百日咳 破傷風 ポリオ	1回	年 月 日
		2回	年 月 日		2回	年 月 日
		3回	年 月 日		3回	年 月 日
	BCG		年 月 日		第1期 追加	年 月 日
	麻疹 風疹	第1期	年 月 日	水痘	1回	年 月 日
		第2期	年 月 日		2回	年 月 日
	日本脳炎	1回	年 月 日	ロタ ウイルス	1回	年 月 日
		2回	年 月 日		2回	年 月 日
第1期 追加		年 月 日	3回		年 月 日	
おたふく かぜ		年 月 日	ジフテリア 破傷風	第2期	年 月 日	
		年 月 日	日本脳炎	第2期	年 月 日	
インフル エンザ		年 月 日	インフル エンザ		年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
		年 月 日			年 月 日	
<p>感染症歴</p> <p>該当しない場合は 「なし」に○を つけて下さい</p>	麻疹(はしか)	歳 月 日	百日咳	歳 月 日	<p>感染症罹患歴 なし</p>	
	耳下腺炎 (おたふく風邪)	歳 月 日	突発性発疹	歳 月 日		
	水痘 (水ぼうそう)	歳 月 日	その他 (RS/ヒトメタニューモウィルスなど)	歳 月 日		
	風疹	歳 月 日	(病名 )			
<p>その他</p> <p>該当しない場合は 「なし」に○を つけてください</p>	熱性けいれん	初回： 歳 月 日 ( 年 月頃) ダイアアップ処方 (あり・なし) 最終： 歳 月 日 ( 年 月頃)		なし	※別紙へ	
	喘息	いつから： 歳 月 日 ( 年 月頃) 服薬 (あり・なし) 最終発作： 歳 月 日 ( 年 月頃) 薬品名： / 服薬時間		なし	※別紙へ	
	アレルギー	いつから： 歳 月 日 アレルギー： (食物： / 薬品： / その他： ) 症状： 除去食品： アレルギーが出た際の対応：		なし	※別紙へ	
		上記以外の病気・けが・頭を打ったことはありますか？ (あり→ いつ： 具体的に： )		なし	※別紙へ	
		入院したことはありますか？ (あり→ いつ： 原因： 入院施設： )		なし	※別紙へ	
		常時飲んでいる薬がありますか？ (あり→ いつ： 内容： 何のため )		なし	※別紙へ	
		薬を飲んだ後、発疹や異常が現れたことがありますか？ (あり→ いつ： 内容： 症状： )		なし	※別紙へ	
		何か気になることや伝えておきたいことはありますか？ ( )		なし	※別紙へ	