

様式第1号(第9条関係)

(表)
一時預かり事業利用登録届出書

年 月 日

(宛先) 北本市長

保護者 住所
氏名

一時預かり事業の利用の登録を受けたいので、次のとおり届け出ます。

フリガナ 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	北本市	電話番号	

家庭の状況

保護者 1		携帯電話		勤務先名	
保護者 2		携帯電話		勤務先名	
兄弟姉妹	(歳)	(歳)	(歳)		
緊急連絡先	①	氏 名		続 柄	
		勤務先名		電話番号	
	②	氏 名		続 柄	
		勤務先名		電話番号	
かかりつけ医療機関名			電話番号		
備考					
					登録番号

※ この届出書は、事前に登録しておくことにより、利用申込みがあったときに施設側が児童の状況を把握するものです。

※ 裏面に、児童の状況を記入してください。

(裏)

児童名

成 育 歴	妊娠中の異常 なし ・ あり () 出生時体重 g 妊娠期間 (週 日) 出生時の異常 なし ・ あり () 首のすわり (か月) おすわり (か月) 一人歩き (か月) 栄養法 母乳 ・ 人工 ・ 混合 離乳食摂取期間 (か月 ~ か月) 人見知り (か月) 母親の後追い (か月) 発語 (意味のある言葉) (歳 か月)
既 往 歴	突発性発しん症 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) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑 (りんご病) 熱性けいれん ぜん息 肺炎 結核 湿しん アトピー性皮膚炎 その他 ()
予 防 接 種	Hib 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 小児肺炎球菌 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 (二種 ・ 三種 ・ 四種 ・ 五種) 混合 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 ポリオ 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 (生 ・ 不活化) BCG 未 ・ 済 (年 月) MR (麻しん ・ 風しん) 未 ・ 第1期 ・ 第2期 水痘 未 ・ 1回 ・ 2回 日本脳炎 未 ・ 第1期 (1回 ・ 2回 ・ 追加) ・ 第2期 B型肝炎 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ロタウイルス 未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 その他
食 品	アレルギー等で制限している食品 なし ・ あり (以下のとおり。) 制限されている食品名 : 全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦粉 そば類 その他 ()
そ の 他	体質 (薬物アレルギーなど) やくせ等、心配なことや配慮してほしいこと。