

# 入園願書

## 病児・病後児保育 利用登録申込書

医療法人 全心会  
伊勢けいゆう塾保育  
園長 殿

貴園の教育方針に賛同し、下記の幼児が入園することを申し込みます。

西暦 年 月 日

申請者（保護者）氏名 ㊟

ふりがな				男・女
園児名	生年月日 西暦 年 月 日生			
マイナンバー	歳 ヲ月 歳児			
現住所	〒 電話番号： — — 携帯番号： — —			
入園希望月	西暦 年 月 1日から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 年月末日まで	0・1・2・3・4・5 歳児	
家族状況（祖父母が同居の場合も記入）				
続柄	ふりがな 氏名	生年月日 マイナンバー	勤務先（住所・電話番号） 学校名（学年）・通園先（学	
世帯主				
緊急連絡先	会社名・自宅	連絡先	— —	

※個人情報保護のため、この申込書は保育園入園申込以外の目的で使用しません。

願書受付番号	No.	受付日： 年 月 日
		面接日： 年 月 日

ふりがな 園児名					利用開始日： 年 月 日
出生歴	分娩状況	出生体重・身長	g	cm	出産周期 週（ ヲ月）
		出生時の異常	ない・ある（ある→）		
	新生児期	栄養方法	母乳（ ）ヵ月 混合乳（ ）ヵ月 人工乳（ ）ヵ月		
		発育状況	首すわり（ ）ヵ月 歩行（ ）ヵ月 始語（ ）ヵ月		
予防接種	四種・三種混合	未・接種（1回・2回・3回・追加）	MR（麻疹・風疹）	未・接種（1回・2回）	
	ポリオ	未・接種（1回・2回・3回・追加）	水ぼうそう	未・接種	
		（ワクチン・生）	おたふくかぜ	未・接種	
	ヒブ	未・接種（1回・2回・3回・追加）	B C G	未・接種	
	肺炎球菌	未・接種（1回・2回・3回・追加）	B型肝炎	未・接種	
これまでにかかった主な感染症等に○をつけてください。					
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ					
6. 熱性けいれん（回数 回）（最初はいつ 年 月）（座薬の指示 有・無）					
7. アトピー性皮膚炎					
8. 喘息および喘息性気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ） 9. その他（ ）					
入院歴	ない・ある （病名： 歳 ヲ月頃）（病名： 歳 ヲ月頃）				
かかりつけ医療機関	小児科： その他（耳鼻科・眼科等）				
常備薬	ない・ある（具体的に）				
アレルギー	ない・ある（具体的に）				
その他	体質（薬物アレルギー）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことなど具体的に記入してください				
緊急連絡先 連絡する順番を記入してください	氏名（ふりがな）		続柄	会社名・連絡先	
	①		（ ）	TEL	
	②		（ ）	TEL	
	③		（ ）	TEL	
	④		（ ）	TEL	