

入園願書

一時保育・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
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		生年月日	西暦 年 月 日生	男・女
園児名			歳 ヲ月（願書提出時現在）	
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"/> 0・1・2・3・4・5 歳児 の年度末日まで （該当する項目にチェックを入れてください。）		
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	勤務先（住所・電話番号）/ 学校名（学年）/通園先（学年）	
世帯主		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
		西暦 年 月 日		
備考				

※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。

事務受付欄	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	体重・身長	g	cm	出産周期 週（ ヲ月）
	異常の有無	なし・早産（ ヲ週）・分娩誘発・吸引分娩 帝王切開（理由： ）		
発達状況	栄養	母乳（ ヲ月）	混合乳（ ヲ月）	人工乳（ ヲ月）
	発育	首すわり（ ヲ月）	おすわり（ ヲ月）	歩行（ ヲ月） 始語（ ヲ月）
予防接種	ロタウイルス	未・接種（1回・2回・3回）	B C G	未・接種（1回・2回）
	ヒブ	未・接種（1回・2回・3回・追加）	水ぼうそう	未・接種（1回・2回）
	肺炎球菌	未・接種（1回・2回・3回・追加）	MR（麻疹・風疹）	未・接種（1回・2回）
	B型肝炎	未・接種（1回・2回・3回）	おたふくかぜ	未・接種
	四種混合	未・接種（1回・2回・3回・追加）	日本脳炎	未・接種（1回・2回・追加）
既往歴	これまでにかかった主な病気に○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. 川崎病 10. 脱臼（ 回） 11. その他（ ）			
入院歴	なし・あり （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）：			
常用薬	なし・あり（具体的に）			
アレルギー	なし・あり（薬物・食物・動物・花粉等のアレルギーがあれば具体的に記入してください） ※ペットの飼育：なし ・ あり（飼育場所：自宅・祖父母宅・その他 ）			
その他	体質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	氏名（ふりがな）		続柄	会社名・連絡先
	①		（ ）	TEL
	②		（ ）	TEL
	③		（ ）	TEL
	④		（ ）	TEL