

会員番号

依頼会員入会申込書兼登録書

	一時預かり保育
	病児・病後児保育

西暦 年 月 日 新記入
西暦 年 月 日 入会

会員氏名	ふりがな		性別 (男・女)		生年月日 (西暦 年 月 日)		
自宅住所	〒			自宅Tel	携帯電話		
会員勤務先	名称			勤務先Tel			
配偶者	名前	生年月日・西暦 年 月		勤務先名	勤務先Tel		
				携帯電話			
同居家族	名前	(お子さんとの関係)		名前	(お子さんとの関係)		
保護者以外で緊急に連絡できる方	名前 (続柄)			Tel			
援助の必要な 子どもの状況	子どもの名前 (ふりがな)			保育所、幼稚園、学校等			
	性別 (男・女) (歳) 生年月日 西暦 年 月 日			名称	住所		
				TEL	かかりつけ医院名		
				住所	TEL		
	子どもの名前 (ふりがな)			保育所、幼稚園、学校等			
	性別 (男・女) (歳) 生年月日 西暦 年 月 日			名称	住所		
				TEL	かかりつけ医院名		
				住所	TEL		
	子どもの名前 (ふりがな)			保育所、幼稚園、学校等			
	性別 (男・女) (歳) 生年月日 西暦 年 月 日			名称	住所		
TEL				かかりつけ医院名			
住所				TEL			
ペット	室内	犬 匹 他(匹)	室外	犬 匹 他(匹)			
<p>この入会に際し、「ファミリー・サポートきよせ会則」を遵守いたします。 また、本登録書記載の情報内容が提供会員に提供されることに同意します。 西暦 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">会員氏名 印</p>							

センター記入欄			一時病児			一時病児			一時病児	
	紹介した		対象児		対象児		対象児		対象児	
	提供会員氏名				一時病児			一時病児		
			対象児		対象児		対象児		対象児	

別紙1-2(裏)

お子さんの名前									
予防接種	インフルエンザ 菌b型(ヒブ)	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	④ 年 月
		③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月
	小児用 肺炎球菌	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	④ 年 月
		③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月
	ポリオ	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	③ 年 月	④ 年 月
		③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月
	BCG	年 月		年 月		年 月			
	麻疹・風疹 (MR)	① 年 月		① 年 月		① 年 月			
		② 年 月		② 年 月		② 年 月			
	水痘	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月		
	日本脳炎	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月		
		③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月		
	二種混合	① 年 月		① 年 月		① 年 月			
四種混合 (DPT-IPV)	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月			
	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月	③ 年 月	④ 年 月			
B型肝炎	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月	① 年 月	② 年 月			
	③ 年 月		③ 年 月		③ 年 月				
感染症	予防接種 接種済 ○ 感染済 ×	おたふくかぜ ロタウイルス 破傷風 その他 ()		おたふくかぜ ロタウイルス 破傷風 その他 ()		おたふくかぜ ロタウイルス 破傷風 その他 ()			
病歴	入院								
	大きな病歴 常用の薬								
	○印	熱性けいれん・アトピー・喘息		熱性けいれん・アトピー・喘息		熱性けいれん・アトピー・喘息			
食事	現在	ミルク	CC	ミルク	CC	ミルク	CC		
		混合	CC	混合	CC	混合	CC		
		離乳食	1回 2回 3回	離乳食	1回 2回 3回	離乳食	1回 2回 3回		
	普通食		普通食		普通食				
	食べてはいい ない食品								
	排泄	おむつ トレーニング 自立		おむつ トレーニング 自立		おむつ トレーニング 自立			
	配慮が必要なこと がありましたらお書 きください								
<p>《自宅周辺地図》* お近くのバス停または、駅名を入れてください。駐車スペースがありましたらお書きください。 保育施設(保育所等)の場所と自宅を入れてください。 最寄り駅 _____ /  バス _____ 行 _____ 下車 / 徒歩 _____ 分</p>									