

# すくすくくらぶ 登録申込書

令和 年 月 日 提出

福津市長 様

上記のとおりすくすくくらぶを利用したいので、登録します。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

記入者名

印

ふりがな				男		
お子さまの名前				女	お子さまが通っている保育園等の名称	
愛称						
生年月日		年 月 日生		(満 歳 ヶ月)		
住所		福津市				
（同居家族全員を記入ください） 家族欄	続柄	氏名		年齢	勤務先	電話番号
緊急連絡先	1. 電話	-	-	連絡先等		
	2. 電話	-	-	連絡先等		
生育歴	・妊娠中及び出産時に何か異常がありましたか。 なし ・ あり( )					
	・出生時の体重( g), 身長( cm), お子さんの平熱は( °C)前後					
	・現在の体重( kg), 身長( cm)					
食事状況	・普通食 ・ 離乳食(前期・中期・後期) ・ ミルク					
	・食事アレルギーがありますか。(ある・なし)					
	*ある方は食品をお書き下さい。( )					
予防接種及び今までにかかった病気	母子手帳を参考にして記入してください。				今までにかかった病気に○をつけ、かかった時の年齢(月齢迄)を記入してください。	
	インフルエンザ菌b型(Hib)	( )回まで接種・未接種				
	小児肺炎球菌	( )回まで接種・未接種		突発性発疹	歳	ヶ月
	四種混合又は三種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) ※三種混合の場合、ポリオを別接種	( )期( )回まで接種・未接種		百日咳	歳	ヶ月
		※三種混合の場合、ポリオを別接種		麻疹(はしか)	歳	ヶ月
	B C G	接種済 ・ 未接種		風疹	歳	ヶ月
	麻疹(はしか)	( )回まで接種・未接種		おたふくかぜ	歳	ヶ月
	風疹	( )回まで接種・未接種		水痘(水ぼうそう)	歳	ヶ月
	日本脳炎	( )期( )回まで接種・未接種		手足口病	歳	ヶ月
	ヒトパピローマウイルス(HPV)	( )回まで接種・未接種		りんご病	歳	ヶ月
	水痘(水ぼうそう)	接種済 ・ 未接種		その他( )	歳	ヶ月
	おたふくかぜ	接種済 ・ 未接種				
	B型肝炎	接種済 ・ 未接種				
	インフルエンザ	平成 年 月 回 接種 ・ 未接種				
	ロタウイルス	接種済 ・ 未接種				
◎その他に、今までにかかった病気等で注意すべきものについて記入してください。 (例:熱性けいれん、ぜんそく、心臓病等)※必要ならば、対処方法についても記入してください。						

薬品等について、アレルギー反応を起こす等、注意が必要なものがある場合に記入して下さい。

その他	・性 格	・好きな遊び・おもちゃ
	・くせ等	

お子様について心配なことがあれば具体的にお書き下さい。

かかりつけの医療機関	①小児科	③皮膚科
	②眼 科	④耳鼻科
	⑤その他	

以下、事務使用欄

利 用 欄	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：
	年 月 日～ 月 日	日間	病名：

その他	
-----	--