

様式2(表)

- 一時預かり
- 病児病後児
- お泊り

会員番号

女子医大・東京医大ファミリーサポート室
 依頼会員入会申込書(登録書)

d n t c s

年 月 日入会

氏名	ふりがな		性別(男・女)		
			年	月 日生まれ	
所属	大学	電話 (内線)	PHS		
自宅住所	〒		TEL		
	建物名		携帯		
			メール		
配偶者	氏名		勤務先		
			TEL		
			携帯		
保護者以外で緊急に連絡できる方	氏名 (お子さんとの関係)		TEL		
	()				
援助の必要な お子さんの状況	お子さんの氏名(ふりがな)		保育所、幼稚園、学校等		
	性別(男・女) (歳 ヶ月) 年 月 日生まれ		名称		
			住所		
			TEL		
			かかりつけ医院名		
			住所		
	TEL				
	お子さんの氏名(ふりがな)		保育所、幼稚園、学校等		
	性別(男・女) (歳 ヶ月) 年 月 日生まれ		名称		
			住所		
			TEL		
			かかりつけ医院名		
			住所		
	TEL				
	お子さんの氏名(ふりがな)		保育所、幼稚園、学校等		
性別(男・女) (歳 ヶ月) 年 月 日生まれ		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)	
この入会に際し、「女子医大・東京医大ファミリーサポート会則」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。 年 月 日 会員氏名 印 住所					

※裏面もご記入ください。

様式2(裏)

お子さんのお名前				
予防接種 (接種済みには ☑ 感染済みには○)	B型肝炎	□ □ □	□ □ □	□ □ □
	ロタウイルス	1価□□ 5価□□□	1価□□ 5価□□□	1価□□ 5価□□□
	小児用肺炎球菌	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
	5種混合※	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
	BCG	□	□	□
	MR(麻疹・風疹)	□ □ (感染済み)	□ □ (感染済み)	□ □ (感染済み)
	水痘(水ぼうそう)	□ □ (感染済み)	□ □ (感染済み)	□ □ (感染済み)
	おたふくかぜ(任)	□ □ (感染済み)	□ □ (感染済み)	□ □ (感染済み)
	日本脳炎	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
※5種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)				
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
	食べてはいけない食品			
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	
保育中、気を付けてほしいことがありましたら、お書きください。				
《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。送迎を依頼する場合は保育施設の場所も入れてください。(別紙添付可)				
●最寄駅 線 駅 番出口より徒歩 分 ●バス 系 行 バス停 より徒歩 分				
●最寄駅 線 駅 番出口より徒歩 分 ●バス 系 行 バス停 より徒歩 分				