



※入会日:平成 年 月 日() 会員番号: M・V - -

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日生(才 ヶ月)
園児氏名			

保護者氏名		※緊急連絡先 電話番号	
自宅住所	〒 ※DM発送の有無(要・不要)	※電話番号	自宅: 携帯: 父・母
かかりつけ 病院	(病院名) (電話番号)	※該当する方のみ SC従業員	(テナント名) (電話番号)

*下記の設問にお答え下さい。

平均体温	度	血液型	家での呼び名
※現在、他の保育施設などを利用されていますか。(はい・いいえ) →「はい」の方はお答え下さい。【保育園・幼稚園・託児ルーム・その他()】			

今までにかかった病気(数字を○で囲んでください)

1. 麻疹(はしか)	2. 風疹	3. 百日咳	4. 水疱そう	5. おたふく風邪	6. 突発性発疹
7. 熱性けいれん	8. ひきつけ	9. 先天性股関節脱臼	10. そけいヘルニア	11. 骨折	
12. 中耳炎	13. 肺炎	14. 喘息	15. 川崎病	16. 自家中毒	17. プール熱
18. 心臓疾患	19. 腎臓病	20. 肝臓病	21. その他()		

予防接種(接種済を○で囲んでください)

1. ポリオ 1回・2回	2. (結核)BCG	3. 麻疹(はしか)風疹混合(MR) 1期・2期
4. 三種混合(DTP)ジフテリア・百日咳・破傷風【1期】初回接種(3回)/追加接種(1回)		
5. 日本脳炎【1期】初回接種(2回)/追加接種(1回)		6. その他()

※ 体質・くせ・性格・その他 (例:脱臼しやすい、アレルギー(アレルギー(薬・食べ物)など)	※ 保育上で気になる事など
---	---------------

<h3>お子様に関する 確認書</h3> <p>ラビ・キッズワールドに登録・利用するにあたり、入会時に交付された<一時預かり利用規約>で、こどもの(健康状態)や(緊急時)については確認しておりますが、万一怪我や発病等で保護者である私とラビ・キッズワールドとの間で連絡が取れない場合、その後の対応(救急車の要請など)や処置(搬送先の医師の判断)等について異議を申し立てない旨同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>園児名</p> <p>保護者名 (印)</p>	健康保険証写し 貼り付け欄
	※当社備考欄
	運転免許証 父・母 番号
	健康保険証 父・母 記号 番号 保険者番号・名称