様式2（表）

会員番号
K

d n t c s

慶應義塾大学医学部ファミリーサポート室
依頼会員入会申込書（登録書）

□一時預かり
□病児病後児
□お泊まり

年　月　日入会

氏 名	ふりがな 性別 （男・女） 年　月　日生まれ			
所 属	慶應義塾大学 医学部	教職員番号	電話 （内線）	業務携帯
自宅住所	〒 建物名		TEL 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　（子どもとの関係）（　　）　TEL 氏名　（子どもとの関係）（　　）　TEL			
子どもの状況	子どもの氏名（ふりがな） 性別（ 男・女 ）　（　　歳　　ヶ月） 年　月　日生まれ		保育所、幼稚園、学校等 名称 住所 TEL かかりつけ医院名 住所 TEL	
	子どもの氏名（ふりがな） 性別（ 男・女 ）　（　　歳　　ヶ月） 年　月　日生まれ		保育所、幼稚園、学校等 名称 住所 TEL かかりつけ医院名 住所 TEL	
	子どもの氏名（ふりがな） 性別（ 男・女 ）　（　　歳　　ヶ月） 年　月　日生まれ		保育所、幼稚園、学校等 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） 室内　猫　匹		室外　犬　匹 室外　他（　　匹）	

この入会に際し、「慶應義塾大学医学部ファミリーサポート室指針及び守るべき事項」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

様式2（裏）

子どもの名前				
予防接種（接種済みには☑感染済みには〇）	B型肝炎	□ □ □	□ □ □	□ □ □
	ロタウィルス	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・百日咳・破傷風・ポリオ・Hib）			
病歴	入院			
	大きな病歴			
	常用の薬			
	〇印	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

お預かり中、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