

年 月 日

登録児童	ふりがな		家での呼び名	生年月日
	名前	男 女		年 月 日 (歳 ヶ月)
	自宅住所 (〒 -)			
	自宅電話番号 () -			
	保育園 (幼稚園) 名・学校名	学年・組	かかりつけの病院	
保護者	父 氏名		勤務先	TEL
	母 氏名		勤務先	TEL
	緊急連絡先 父・母・その他 (子どもとの関係 氏名 TEL)			
アレルギーについて				
(a) 薬アレルギー		有・無	薬剤名: 症状:	
(b) 食物アレルギー		有・無	食物名: 症状:	
(c) その他アレルギー		有・無	アレルゲン: 症状:	

生活状況

- (a) 食事 (1) 介助 (要 ・ 不要・スプーンのみ・はしが使える)
 (2) 種類 { ミルク… (1回に mlを 時間ごと)
 離乳食… (初期・中期・後期)
 幼児食
- (b) 排泄 (小) 介助 (要 ・ 不要)
 種類 (オムツ ・ トレーニング中)
 (大) 介助 (要 ・ 不要)
- (c) 衣服 介助 (要 ・ 不要)
- (d) 昼寝の習慣 (有 ・ 無)

病気について

- (a) 今までの大きな病気 ()
 (b) けいれん (無・有…今までに 回 最終→ 年 月頃)

予防接種・感染歴

病名・ワクチン	予防接種の状況	感染状況
B型肝炎	済・接種途中・未	
ヒブ・肺炎球菌	済・接種途中・未	
四種混合 (ジフテリア・ポリオ・百日咳・破傷風)	済・接種途中・未	
BCG	済 ・ 未	
日本脳炎	済・接種途中・未	
麻しん } (MR) 風しん }	済・接種途中・未	感染した ・ 未 感染した ・ 未
水痘 (水ぼうそう)	済・接種途中・未	感染した ・ 未
おたふく	済 ・ 未	感染した ・ 未

※2歳未満のお子さんは→ 突発性発疹は済んでいますか? 済 ・ 未

その他心配なこと、配慮してほしいこと (具体的に…)

※個人情報について……当園利用の際に記入された個人情報は、お子様の診療、看護、保育に関わる範囲の中で、又病院の運営管理に必要な範囲においてのみ使用し、他の目的で使用することはありません。