

登録用紙

R. 年度登録

令和 年 月 日

登録児童	ふりがな	家での呼び方		生年月日	
	名前	男 女		生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)	
	自宅住所 (〒 -)				
	保育園名・幼稚園名・学校名		学年・組	かかりつけの病院	
保護者	父(氏名)	電話			
	母(氏名)	電話			
連絡先	父(勤務先)	電話			
	母(勤務先)	電話			
	緊急連絡先	①父・母・その他(関係: 氏名)	TEL)	
		②父・母・その他(関係: 氏名)	TEL)	
発達	妊娠中の異常	なし・あり(具体的に)			
	出産時の異常	なし・あり(具体的に)			
	障がいについて	なし・ADHD・ダウン症・自閉症・その他()			
	乳幼児健診や保育施設で助言を受けたことがある場合、その内容を具体的に記入してください。				
アレルギーについて					
①薬アレルギー	無・有	(薬剤名:)	(症状:)		
②食物アレルギー	無・有	(食物名:)	(症状:)		
③その他アレルギー	無・有	(アレルゲン:)	(症状:)		

生活保護法による被保護世帯または市民非課税世帯ですか…(いいえ・被・非)

3人以上の多子世帯の場合…利用されるお子様は何番目のお子様ですか(番目)

予防接種・感染状況	接種名	予防接種状況		感染状況	
	B型肝炎	未・1回・2回・済			
	ヒブ・肺炎球菌	未・1回・2回・3回・済			
	四種混合	未・1回・2回・3回・済			
	五種混合	未・1回・2回・3回・済			
	BCG	未・済			
	日本脳炎	未・1回・2回・済			
	麻疹 (MR) 風疹	未・1回・済		感染した・未	
	水痘	未・1回・済		感染した・未	
	おたふく	未・1回・済		感染した・未	
ロタ	未・1回・2回・済		感染した・未		
2歳未満のお子様：突発性発疹は済んでいますか 済・未					
病歴	今までの大きな病気 無・有 ()				
	熱性けいれん 無・有 (今までに 回) 最終 年 月頃 入院 無・有 (病名)				
生活状況	①食事 ・介助 要・不要・スプーンのみ・箸が使える ・種類 ミルク:1回に mlを 時と 時 離乳食:初期・中期・後期 ・ 幼児食				
	②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				
	③衣服 介助 要・不要				
	④昼寝の習慣 無・有 (普段のお昼寝時間: 時間 分) 安心して眠れる介入方法()				
その他	お子さまが安心して暮らすこと、苦しいこと配慮してほしいことを具体的に記入してください				