

病後児保育室「星の子ルーム」 児童登録票

電話・FAX: 717-7819

記入日(H 年 月 日) 初回年月日(H 年 月 日)

登録番号(-)

ふりがな 子供の名前() 愛称()		熱性痙攣 有・無 これまでの回数: 回 初回: 歳 ヶ月 最後: 歳 ヶ月		
生年月日(H 年 月 日) 性別(男・女) 続柄()		喘息 有 毎日薬を(使用・使用せず) ・ 無		
保護者	氏名()	氏名()	これまでの病気	
	続柄()	続柄()		
	部局・所属()	部局・所属()		
	職種(職名)()	職種(職名)()		
	勤務先電話()	勤務先電話()		
	携帯電話()	携帯電話()		
	職員用メールアドレス	職員用メールアドレス		
自宅住所() 自宅電話()		アトピー性皮膚炎 有(現在治療は) ・ 無		
上 連記 絡以 先の の	氏名() 児童からみた続柄()		記入 録院	
	電話() 携帯電話()			
	勤務先名又は住所()			
児童通所名() かかりつけ医名()		平成 年 月 病名: (歳 ヶ月) 平成 年 月 病名: (歳 ヶ月)		
周 産 期 ・ 乳 児 期	妊娠中出産時の異常: 有() ・ 無		予防 接 種 履 歴	
	出生時体重: g / 在胎: 週			
	首のすわり: ヶ月 / おすわり: ヶ月 / 一人歩き: ヶ月			
	乳児健診での異常の指摘: 有() ・ 無			
	栄養法: 母乳・ミルク・混合			
	離乳食開始時期 前期: ヶ月 中期: ヶ月 後期: ヶ月 幼児食: ヶ月			
	アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳 ミルク・小麦類・そば類・その他()			
配慮してほしいこと等		その他の病気 その他の病気、また、喘息、アトピー性皮膚炎、痙攣等で常時服用している薬があれば、具体的にお書き下さい。(内服時間も)		
食 事	妊産期・乳児期			BCG 未・済
	食事			ポリオ(生ワクチン) 未・1回・2回
	その他			ポリオ(単独・不活化ワクチン) 未・1回・2回・3回・第1期追加
	食事			三種混合 未・1回・2回・3回・第1期追加
	食事			四種混合 未・1回・2回・3回・第1期追加
	食事			麻しん風しん混合 未・第1期・第2期
	食事		(麻しん単抗原 未・第1期・第2期)	
	食事		(風しん単抗原 未・第1期・第2期)	
	食事		日本脳炎 未・第1期 1回 2回 3回 第2期 1回	
	食事		ヒブ 未・1回・2回・3回・追加	
	食事		肺炎球菌 未・1回・2回・3回・追加	
	食事		B型肝炎 未・1回・2回・3回	
	食事		水痘 未・1回・2回	
	食事		おたふくかぜ 未・1回・2回	
食事		ロタウイルス 未・①1回・2回 ②1回・2回・3回		
食事		その他		