

登録日

年 月 日

あいりんく保育園 病児・病後児登録書

		園長	主任	担当
フリガナ 児童氏名		愛称	生年月日	男・女 年 月 日 (歳 ヶ月)
住所	〒 - Tel - -			
保育状況	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 認可保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> その他保育施設 施設名：			
家族構成・連絡先	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	携帯電話
				勤務先(電話番号)
				()
				()
				()
緊急時の連絡先	氏名	続柄	連絡先名	電話番号
	①			
	②			
健康保険証番号	記号：	番号：	保険者番号：	
出産時の状況と乳幼児期の発達	在胎()週 出生体重()g 分娩時の異常：有・無 首のすわり()ヶ月頃 おすわり()ヶ月頃 ひとり歩き()ヶ月頃 言葉の始まり()ヶ月頃			
予防接種	MR(麻疹・風疹)	年月日/年月日	ロタウイルス	年月日/年月日/年月日
	おたふく	年月日/年月日	B型肝炎	年月日/年月日/年月日
	水痘瘡	年月日/年月日	肺炎球菌	年月日/年月日/年月日/年月日
	BCG	年月日	ヒブ	年月日/年月日/年月日/年月日
	四種混合	年月日/年月日/年月日/年月日		
日本脳炎I期	年月日/年月日(追加年月日/II期年月日)			
今までにかかった感染症	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他()			
その他病気等注意すべき点	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん： 回、初回 歳時 ℃、最終 年 月 ℃ <input type="checkbox"/> 喘息： <input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時のみ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他()			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有：アレルギー品目() <input type="checkbox"/> 無 → 症状()			
普段の生活状況	食事	乳児 栄養法： <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 1回(c c) 1日(回) 離乳食： <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 1日(回) 離乳完了(ヶ月) 幼児 好きなもの： 嫌いなもの： 食欲： <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食 介助： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ： <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 睡眠時のみ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立※排泄の予告： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
睡眠	睡眠時間：(昼 : ~ :) (夜 : ~ :) 寝つき： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 寝起き： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否			
<input type="checkbox"/> 健康上発達上で検診や通園施設で指摘されたことや、専門機関で相談・通所をしたことがありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
<input type="checkbox"/> その他、保育上で心配なこと、知っておいてほしいことなどありましたらご記入ください。				
更新日	年 月 日	担当	年 月 日	担当
	年 月 日		年 月 日	

※登録は1年更新