

あいりんく保育園 病児・病後児登録書

登録日 年 月 日

フリガナ		愛称		生年月日		男・女
児童氏名					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					
	③					
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(グラム) 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	おたふく 年 月 日 / 年 月 日			
	水疱瘡	年 月 日 / 年 月 日	BCG 年 月 日			
	ロタウイルス	年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日				
	B型肝炎	年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日				
	肺炎球菌	年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 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 °C、最終 年 月 °C <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(cc)	1日(回)
		幼児	好きなもの: 嫌いなもの:		1日(回)	離乳完了(ヶ月)
	排泄	睡眠	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	
		睡眠	<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			
●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						
●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。						