

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 年 月 日 ( 歳 ヶ月)	
児童氏名					
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	フリガナ氏名	続柄	生年月日	携帯電話	勤務先名 電話番号
					TEL:
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 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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  ※接種済のワクチンに○をつけてください。	ワクチン	1回目または第1期	2回目または第2期	3回目または追加	4回目または追加・第2期
	MR(麻疹・風疹)			—	—
	水疱瘡			—	—
	BCG		—	—	—
	ロタウイルス			(3回目は5価ワクチンのみ)	—
	B型肝炎				—
	肺炎球菌				
	ヒブ				
	四種混合				
	五種混合				
	日本脳炎1期				
	おたふく			—	—
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"/> 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) 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			
●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。					