

病児保育利用登録書(児童表)

登録	
番号	

年 月 日 記入

フリガナ 児童 氏名	男 女	生年月日 ( 年 才 月 日 生 )	平熱 ℃
愛称 ( )			
自宅住所 (〒 - )		電話	
緊急時連絡先		災害時連絡用 メールアドレス	
通所保育施設 認可保育所・認定こども園・小規模保育事業所・事業所内保育事業所 ナーサリールーム・家庭保育室・地域型事業所内保育施設			
かかりつけの 医師		医療機関名 医師名 電話	
家族の状況	氏名	勤務先	携帯電話
父	名称	名称	電話
母	名称	名称	電話
兄弟姉妹 同居人	①男・女( 才) ②男・女( 才) ③男・女( 才) □祖父 □祖母 □その他の同居人( )		
健康保険被証	記号	番号	保険者番号
生育歴	妊娠中の異常 : □なし □あり 出生時体重 : _____ g _____ 週 _____ 日 生まれつきの病気 : □なし □あり(病名 ) 健診歴 : □乳幼児健診で異常は言われたことはない。 □健診での異常(発達・体重・身長・その他 ) □健診を受けたことはない。 栄養 : □母乳 □混合 □ミルク 離乳食開始時期 : _____ ヶ月		
既往歴	これまでにかかった大きな病気: ① ② ③ これまでにかかった感染症 : □突発性発疹 □麻疹 □水痘 □風疹 □百日咳 □おたふく 持病の有無 : □アトピー性皮膚炎 □気管支喘息 □アレルギー性鼻炎 □アレルギー性結膜炎 □慢性肝炎( 型) □糖尿病( 型) □熱性けいれん □てんかん □その他( )		
予防接種	□Hib( 回・追加) □肺炎球菌( 回・追加) □四種混合( 回・追加) □三種混合( 回・追加) □ポリオ(経口 回・皮下接種 回) □BCG □麻疹・風疹混合 □日本脳炎( 回・追加) □水痘( 回) □おたふく( 回) □ロタウイルス( 回) □B型肝炎( 回) □その他( )		
アレルギー	□なし □あり ・食物・薬物( ) ・その他( )		
(現在の) 食事	乳児	ミルク : □母乳 □混合 □ミルク 1回量( )cc 回数( )/日 離乳食 : □初期 □中期 □後期 回数( )/日	
	幼児	食べ方 □食べさせてもらう □自分で食べようとするが不十分 □自分で食べられる □手づかみ □スプーン・フォークを使う □はしを使う 食事時間 □普通 □時間がかかる □不規則 食事の量 □少ない □普通 □多い □むらがある 嫌いなもの	
排泄	オムツ	□一日中 □寝るときだけ □トイレトレーニング中	
	小便 大便 したい時	□手伝ってもらう □ひとりでする 回数( )/日 □手伝ってもらう □ひとりでする 回数( )/日 □動作で知らせる □言葉で知らせる □知らせない	
お昼寝	□する □しない □時々する		
好きな寝方	□添い寝 □ひとり寝 □抱っこ □仰向け □うつ伏せ □横向き □その他( )		
性格・くせ			
その他			

※伝えておきたいことや配慮してほしいことがありましたら、「その他」欄にご記入ください。

記入者名 \_\_\_\_\_