

保育室利用登録票

平成 年 月 日記入

ふりがな	男	生年月日	年	月	日生 (歳 カ月)
児童氏名	女	愛称			
保護者	父・氏名	(歳)	携帯		
	母・氏名	(歳)	携帯		
	自宅住所 (〒 -)				
	自宅電話 - -				
兄弟姉妹					
勤務地	父	勤務先	(住所	電話番号)
	母	勤務先	(住所	電話番号)
緊急連絡先	氏名	(続柄)			
	(携帯電話)			
緊急連絡先	氏名	(続柄)			
	(携帯電話)			
保育園・学校名					
かかりつけ医					
かかりつけ医休診時の受診先					
保険証のコピーを貼って下さい			乳幼児受給者証のコピーを貼って下さい		
その他	障害手帳など ()				
	その他のサービス利用等				
周産期	妊娠中の異常	有 ()	・ 無		
	出産中の異常	有 ()	・ 無		
	発達の異常	有 ()	・ 無		
乳児期の発達	首のすわり:	カ月	おすわり:	カ月	一人歩き: カ月
	栄養法	(母乳・人工・混合)			
	離乳食開始時期 (前期:	カ月/中期:	カ月/後期:	カ月/幼児食:	歳 カ月)
	人見知り:	カ月	母親の後追い:	歳	カ月
初語 (意味のあることば): 歳 カ月					

予防接種	病気	予防接種状況	病気	予防接種状況
	BCG	済・接種途中・未	おたふく	済・未
	ポリオ	済・接種途中・未	水ぼうそう	済・未
	二種混合・三種混合	済・接種途中・未	日本脳炎	済・接種途中・未
	MR (麻疹・風疹)	済・接種途中・未		
これまでの病気	今までにかかった病気に○を付けて下さい。 1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふく 6. 百日咳 7. りんご病			
	熱性痙攣	ない・ある (下記にご記入下さい) (初回) 歳 カ月・最終 歳 カ月 (これまでに 回) (処置法) 座薬 有 (°以上で使用) ・ 無		
	喘息	ない・ある (下記にご記入下さい) (内服) 毎日飲んでいる・いない・発作時だけ (吸入) 毎日している・いない・発作時だけ		
	アトピー性皮膚炎	ない・ある (内服薬 ・ 塗り薬 ・ 食事療法)		
	入院歴	病名 歳 カ月		
	その他の病気 (具体的に)	病名 歳 カ月		
	常用内服薬	常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。(内服時間も) 病名・内服名・回数・時間		
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。			
午睡	昼寝の習慣 有・無 寝るときの癖等			
その他	体質 (薬物アレルギー等) や癖など心配なこと・配慮してほしいこと・好きな遊びなど			

※いただきました個人情報、病児保育事業のみに利用するとともに適正に管理いたします。

受付日 / 受付印