

病児保育利用登録書(児童表)

年 月 日 記入

登録 番号	
----------	--

フリガナ 児童 氏名	男 女	生年月日	(年 月 日)	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
サーサリールーム・家庭保育室・地域型事業所内保育施設

かかりつけの 医療機関名 医師名 電話

家族の状況	氏名	勤務先	電話	携帯電話
父	名称		電話	
母	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 : _____ 週 _____ 日
 生まれつきの病氣 : □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

これまでにいかかった大きな病氣: ① □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 □糖尿病 (型) □熱性けいれん □てんかん
 □慢性肝炎 (型) □糖尿病 () □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 (総□ 回・皮下接種 回) □BCG (回)
 □麻疹・風疹混合 (回) □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 ()

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	

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
 □手伝ってもらおう □手づかみ □普通 □時間がかかると □不規則 □はしを使う
 食事時間 □少ない □普通 □多い □むらがある
 食事の量 □嫌いなもの

排便

オムツ □一日中 □寝るときだけ □トイレトレーニング中
 小便 □手伝ってもらおう □ひとりでする □回数 () /日
 大便 □手伝ってもらおう □ひとりでする □回数 () /日
 したい時 □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 _____