

登録番号	
------	--

病後児保育利用登録 兼 児童票

(保護者 ⇒ 施設)

※利用登録する際（もしくは利用前）に、ご記入下さい。

年 月 日 記入

記入者氏名 _____

<施設>

聖隷こども園夢舞台

1. 世帯・児童の状況等

ふりがな 氏 名		男 女	生年月日 年 月 日生 _____ 歳 _____ カ月		
保護者	ふりがな 父・氏名	(歳)	お子さんの愛称		
	ふりがな 母・氏名	(歳)			
	自宅住所 (〒 _____)				
自宅電話 _____ - _____					
きょうだい		歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
職業	父		母		
緊急連絡先	父	1 (電話 _____ 勤務先 _____)			
		2 (携帯電話 _____)			
	母	1 (電話 _____ 勤務先 _____)			
		2 (携帯電話 _____)			
	その他	1 (氏名 _____ 間柄 _____)			
		2 (電話 _____ 携帯電話 _____)			
保育所名 小学校名	電話 _____ - _____				
主治医名	電話 _____ - _____				
健康状態及び注意事項					

2. 予防接種・既往歴等

予 防 接 種	BCG： ____年 ____月	麻疹・風疹混合： 1回目・2回目
	3種混合： 1回目・2回目・3回目・4回目	4種混合： 1回目・2回目・3回目・4回目
	日本脳炎： I期1回・I期2回・追加・II期	小児用肺炎球菌： 1回目・2回目・3回目・4回目
	ヒブ：1回目・2回目・3回目・4回目	水痘：1回目・2回目
	B型肝炎：1回目・2回目・3回目	おたふくかぜ： ____年 ____月
	その他（ _____ ）	

既 往 歴	はしか： ____歳 ____ヵ月、 水ぼうそう： ____歳 ____ヵ月	
	百日咳： ____歳 ____ヵ月、 おたふくかぜ： ____歳 ____ヵ月	
	B型肝炎： ____歳 ____ヵ月（キャリアーでない・ある）	
	その他（具体的に： _____）	
	熱性痙攣：初回__歳__ヵ月、最後は__歳__ヵ月（これまでに__回）	
	喘 息	毎日 薬を 飲んでいる・飲んでいない・発作時のみ
	喘息様気管支炎	毎日 吸引療法を している・していない・発作時のみ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある（治療は 内服薬・食事療法）
	アレルギー	（ 有 ・ 無 ）：
	その他の病気 （具体的に）	
入 院	ない・ある（病名 _____ 歳 ____ヵ月） （病名 _____ 歳 ____ヵ月） （病名 _____ 歳 ____ヵ月） （病名 _____ 歳 ____ヵ月）	
内服している薬	定期的に内服している薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 疾患名： 薬の種類： 服薬方法：	
食 事	好きな食べ物： 嫌いな食べ物：	
遊 び	好きな遊び：	
特 徴	明朗 温順 腕白 よく泣く 我慢する 几帳面 強情 泣かない こだわりがある その他	
そ の 他		