

# 令和 年度 病後児保育室利用登録票

ふりがな	男・女	生年月日	お子さんの愛称
利用児童名		H 年 月 日生 R	
住所 (〒 - )		自宅電話番号 ( ) -	
		緊急連絡先 ☎	続柄 ( )
保育所・園名		かかりつけ医	☎

保護者	父	ふりがな	母	ふりがな
		氏名		氏名
	勤務先	名称	勤務先	名称
		住所		住所
	☎ ( ) (内線 )		☎ ( ) (内線 )	
	携帯番号		携帯番号	

食物・薬等アレルギー・既往歴など ※あてはまるところに レチェックまたは記入してください。

食物アレルギー	□なし	□あり	□卵 □牛乳 □小麦 □その他( ) アナフィラキシー → □なし □あり( 歳 ヶ月) □以前食物アレルギーあり → □卵 □牛乳 □小麦 □その他( )
薬物アレルギー	□なし	□あり	(薬剤名 ) その時の症状( )
その他アレルギー	□なし	□あり	□アトピー性皮膚炎 □アレルギー性鼻炎 □アレルギー性結膜炎 □花粉症( ) □動物( ) □その他( ) 治療中の薬 □内服薬 → 薬剤名( ) □毎日・□症状がひどい時 □外用薬(ぬり薬・点鼻薬・点眼薬) → 薬剤名( ) □毎日・□症状がひどい時
喘息	□なし	□あり	□内服薬 → 薬剤名( ) □毎日・□咳がひどい時 □吸入 → 薬剤名( ) □毎日・□発作時 □貼り薬 → 薬剤名( ) □毎日・□咳がひどい時
熱性けいれん	□なし	□あり	初回( 歳 ヶ月) 最終( 歳 ヶ月) これまでに( ) 回 座薬 → □なし □あり 薬剤名( mg )
脱臼	□なし	□あり	□右ひじ( 回) □左ひじ( 回) □その他の部位( / 右・左)( 回)
その他病気	□なし	□あり	病名( ) かかりつけ医( ) 治療中の薬 → □なし □あり 薬剤名( )
入院	□なし	□あり	病名( ) 歳 ヶ月 病名( ) 歳 ヶ月
手術・縫う 抜歯	□なし	□あり	□手術 □縫う □抜歯 部位( ) 歳 ヶ月 その時、麻酔で異常 → □なし □あり( )
輸血	□なし	□あり	歳 ヶ月 その時、輸血で異常 → □なし □あり( )

備考欄 (特異体質、気になること、配慮してほしいことなどをお書き下さい。)

令和 年度 病後児保育室利用登録票

利用児童名

出生時の状況 ※あてはまるところに 記入または○を付けてください。

体重	g	身長	cm	分娩	正常・異常( )・早産	か月
----	---	----	----	----	-------------	----

※予防接種を受けた回数分を レチェックして下さい。

※実際にかかった場合は下記に レチェックまたは記入下さい。

予防接種	BCG	<input type="checkbox"/>	水ぼうそう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	麻しん・風しん	<input type="checkbox"/>	ロタ	(1価)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	ヒブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5価)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4種混合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3種混合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ポリオ (生・不活化)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

感染症歴	<input type="checkbox"/>	水ぼうそう
	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ(右・左)
	<input type="checkbox"/>	麻しん
	<input type="checkbox"/>	風しん
	<input type="checkbox"/>	( )
	<input type="checkbox"/>	( )
	<input type="checkbox"/>	( )

生活状況 ※あてはまるところに レチェックまたは記入して下さい。

食事について	種類	<input type="checkbox"/> ミルク(1回 _____cc ____ 時間おき) ミルク名( ) 乳首の種類( ) <input type="checkbox"/> 離乳食( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 1日____回) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 除去食( )	
	とり方	<input type="checkbox"/> 自分で食べる( <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ) <input type="checkbox"/> 食べさせる	
		偏食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
		食事量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
排泄について	食事による特異体質	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
	排便	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でトイレに行ける ( <input type="checkbox"/> 自分でふける <input type="checkbox"/> ふいてもらう )	
		排尿間隔	( )時間おき
		日頃の便の状態	<input type="checkbox"/> 硬便 <input type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便
		日頃の便の色	<input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 黒色 <input type="checkbox"/> 茶褐色 <input type="checkbox"/> 緑色
		日頃の便の回数	( )回/日
つ睡 い眠 てに	時間	・( )時~( )時頃 ・( )時~( )時頃	
	寝つき	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 授乳しながら <input type="checkbox"/> トントンしながら <input type="checkbox"/> その他( )	
その他	好きな遊び、玩具	( )	
	平熱	( )℃	

※その他気になること、配慮してほしいことがあればお書き下さい。(くせ、配慮することなど)

家庭での様子

時間	AM	PM												
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
睡眠 排泄 等														

S:睡眠 L:食事 K:おやつ M:ミルク  
O:排尿 小:やりだし +:普通便 卩:軟便 卩:下痢