

令和 年度 阪奈中央病児保育園 登録児童票

児童名	フリガナ			性別	生年月日	平成 令和	年	月	日生	
				男・女						
住所	〒			電話番号	〔自宅〕					
					〔携帯〕					
通園(学)施設	連絡先									
緊急連絡先	フリガナ 氏名	続柄			電話番号					
	フリガナ 氏名	続柄			電話番号					
家族構成	氏名	続柄	生年月日	勤務先	所在地			電話番号		
		父								
		母								
	兄弟姉妹		歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)			
出生時の異常	なし・あり()			入院歴	なし・あり(病名 年齢 歳)					
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(3日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん(最終発作 年 月 日 これまでの発作 回) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息様 <input type="checkbox"/> その他()									
アレルギー	なし・あり(具体的に)									
治療中の病気	なし・あり(病名)									
毎日服用している薬	なし・あり(薬品名)									
予防接種 (※当てはまるものに○をつけて下さい)	4種混合	1期(1回目済・2回目済・3回目済)			1期追加済		未			
	日本脳炎	1期(1回目済・2回目済・3回目済)			1期追加済		未			
	肺炎球菌	1回目済	2回目済	3回目済	4回目済	未				
	H i b	1回目済	2回目済	3回目済	4回目済	未				
	B型肝炎	1回目済	2回目済	3回目済	未	B C G	接種済・未			
	麻しん風しん(MR)	1回目済	2回目済	未						
	水ぼうそう	1回目済	2回目済	未		おたふくかぜ	接種済・未			
	その他(ワクチン)	年 月 日			その他(ワクチン) 年 月 日					
生活習慣 (※当てはまるものに☑をつけて下さい)	水分摂取	<input type="checkbox"/> コップで飲む <input type="checkbox"/> マグを使う <input type="checkbox"/> 哺乳瓶を使う <input type="checkbox"/> スプーンを使う <input type="checkbox"/> その他()								
	食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 半分程度お手伝いして一人で食べられる <input type="checkbox"/> 全て介助者が食べさせる								
	排泄	<input type="checkbox"/> 尿・便ともトイレで可能 <input type="checkbox"/> 尿はトイレ・便はオムツ <input type="checkbox"/> 全てオムツ ★使ったことのあるトイレ(和式・洋式)								
	午睡	<input type="checkbox"/> 一人で眠る <input type="checkbox"/> トントンされて眠る ★眠る時に必要なもの()								
	好きな遊び									
配慮を必要とすること										
かかりつけ医	病院				病院					

病児保育利用日(※園 記入欄)														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30