

ABCチャイルド 病後児児童 登録書

登録日 年 月 日

園長	看護	担当

フリガナ	愛称	生年月日	男・女 年 月 日 (歳 ヲ月)
児童氏名			

住所	〒 - -	電話	- -
----	-------	----	-----

保育状況 小学校 認可保育園 幼稚園 家庭保育 その他保育施設
施設名:

家族構成・連絡先	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	携帯電話	勤務先(電話番号)
					()
					()
					()
					()
					()

緊急時の連絡先	氏名	続柄	連絡先名	電話番号
	①			
	②			
	③			

健康保険証番号 記号: 番号: 保険者番号:

出産時の状況と乳幼児期の発達
 在胎()週 出生体重(グラム) 分娩時の異常:有・無
 首のすわり()ヶ月頃 おすわり()ヶ月頃
 ひとり歩き()ヶ月頃 言葉の始まり()ヶ月頃

予防接種
 MR(麻疹・風疹) (年/)(年/) 四種混合(年/、年/、年/)(年/)
 BCG (年/) 肺炎球菌(年/、年/、年/)(年/)
 水疱瘡(年/、年/、年/)(年/) おたふく(年/)
 Hibヒブ(年/、年/、年/)(年/) ロタウイルス(年/、年/)(年/)

今までにかかった感染症
麻疹 ポリオ 風疹 突発性発疹 水ぼうそう おたふく風邪
百日咳 溶連菌 B型肝炎 その他()

その他病気等注意すべき点
熱性けいれん: 回、初回 歳時 °C、最終 年 月 °C
喘息:毎日服薬 発作時のみ服薬 服薬していない
心臓病 その他()

アレルギー
有:アレルギー品目()
無 ↳ 症状()

普段の生活状況
食事
 乳児 栄養法:母乳 人工 混合 1回()cc 1日()回
 離乳食:前期 中期 後期 1日()回 離乳完了()ヶ月
 幼児 好きなもの: 嫌いなもの:
 食欲:旺盛 普通 小食 介助:必要 不要
排泄 おむつ:常時 睡眠時のみ トレーニング中 自立 ※排泄の予告:有 無
睡眠 睡眠時間:(昼 : ~ :)(夜 : ~ :)
 寝つき:良 否 寝起き:良 否

●健康上発達上で検診や通園施設で指摘されたことや、専門機関で相談・通所をしたことがありますか
有 無

●お子さんの性格や好きな遊び、寝る時のくせなど具体的にご記入ください。

●その他、保育上で心配なこと、知っておいてほしいことなどありましたらご記入ください。

更新日	年 月 日	担当	年 月 日	担当	年 月 日	担当
-----	-------	----	-------	----	-------	----

※登録は1年更新