

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	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 認可保育園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	---

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

アレルギー	<input type="checkbox"/> 有:アレルギー品目() <input type="checkbox"/> 無 ↳ 症状()
-------	---

普段の生活状況	食事	乳児: 栄養法: <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 1回()cc 1日()回 離乳食: <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食 介助: <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ: <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 睡眠時のみ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立 ※排泄の予告: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	睡眠	睡眠時間:(昼 : ~ :)(夜 : ~ :) 寝つき: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 寝起き: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 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