企業主導型保育園ABCチャイルド
登録日　　年　月　日

病児・病後児児童　登録書

フリガナ		愛　称	生年月日	男・女 年　月　日 （　歳　ケ月）
児童氏名				
住　所	〒　　ー 電話　　ー　　ー			
保育状況	□ 小学校　□ 認可保育園　□ 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(　　ｸﾞﾗﾑ)　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 /)　おたふく(　年 /) Hibヒブ(　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　□水疱瘡　□おたふくかぜ □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　歳児、　℃、最終　年　月　℃ □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(　　) (　　)

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(　　ヵ月)
		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。