

病児病後児保育室 『かるがも』・『ひばりの森』 利用登録票

初回記入年月日 令和 年 月 日

改定年月日 令和 年 月 日

改定年月日 令和 年 月 日

ふりがな お子様のお名前		男 女	生年月日	平成・令和 年 月 日 歳 ヶ月
住所	〒		連絡先	自宅・携帯 ( )
園名・学校名				
保護者の緊急 連絡先 (携帯)	保護者氏名 :	続柄	保護者氏名 :	続柄
勤務先名称				
勤務先連絡	連絡先 :		連絡先 :	
保護者以外の 緊急連絡先	氏名 :	続柄	連絡先 :	
かかりつけ 医療機関	名称 :	連絡先 :		

< 予防接種歴 >

ヒブワクチン	1回目・2回目・3回目・追加	MR ワクチン	1期 (1歳) ・ 2期 (年長時)
肺炎球菌ワクチン	1回目・2回目・3回目・追加	水痘 (みずぼうそう) ワクチン	1回目・2回目
四種混合	1回目・2回目・3回目・追加	流行性耳下腺炎 (おたふく) ワクチン	1回目・2回目
B 型肝炎	1回目・2回目・3回目	日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期
ロタウイルス	1回目・2回目・3回目	BCG	接種済み・未接種
ポリオ		三種混合	1回目・2回目・3回目・追加
・不活化ワクチン	1回目・2回目・3回目・4回目		
・生ワクチン	1回目・2回目		
・その他			

< これまでにかかった主な感染症について >

水痘 (みずぼうそう)	:	歳	流行性耳下腺炎 (おたふく)	:	歳
麻疹 (はしか)	:	歳	風疹 (三日はしか)	:	歳
百日咳	:	歳	突発性発疹症	:	歳

<これまでにかった病気について>

病名	年齢	入院の有無	病名	年齢	入院の有無
	歳	有・無		歳	有・無
	歳	有・無		歳	有・無
	歳	有・無		歳	有・無
熱性痙攣について なし ・ あり		今までの発作回数 ( 回)	最終発作： 年 月頃 ダイアップの予防投与 あり・なし		
気管支喘息 なし ・ あり：治療内容 ( )					
アトピー性皮膚炎 なし ・ あり：治療内容 ( )					
食物アレルギー なし ・ あり：除去状況 ( )					
その他のアレルギー疾患 (葉・花粉症・環境など) なし ・ あり： ( )					
その他 現在治療中の病気等	なし ・ あり：治療内容 ( )				

<生活習慣について>

食事	量：・よく食べる・普通・少食	内容：・離乳食 ( 回) ・ミルク ( 回) ・母乳 ( 回)	
	方法：・1人で食べられる ・お手伝いが必要	食事道具： ・はし ・スプーンやフォーク ・手づかみを好む	
	ご飯を食べる時に特に配慮が必要なことがあればご記入ください。		
排泄	・自立 ・介助が必要(声かけなど) ・オムツ	内服	・そのまま飲む ・水に溶かして ・何かと混ぜて ( )
睡眠	・お昼寝； _____ 時間位、 ・夜間睡眠； _____：_____ 頃 ～ _____：_____ 頃		
好きな事 (遊び、おもちゃ等)			
苦手な事 (食べ物、環境、状況)			
性格			
・その他保育中に配慮が必要な事があればご記入下さい。			