

# たんぼぼ病児保育室 登録シート

いずれか該当する方にチェックして下さい。

- 新規 (新規の方は TEL の上必ずご来園下さい)  
 更新 (更新の方は本書を FAX で構いません)

(1/2)  
 (西暦) 年 月 日  
 登録 (No. )

ふりがな				ご家庭での呼び名	兄弟・姉妹	写 真	
児童氏名							
生年月日	西暦	年	月	日 ( オ ヌ月 )	性別		男・女
ふりがな				続柄			
保護者氏名							
住 所	〒			自宅 tel	固定		

在園施設名		TEL	( )
-------	--	-----	-----

緊急連絡先	1	氏 名	( 才 )	勤務先名	子供との関係	携 帯
		勤務先住所				勤務先 Tel
	2	氏 名	( 才 )	勤務先名	子供との関係	携 帯
		勤務先住所				勤務先 Tel
	3	氏 名	( 才 )	勤務先名	子供との関係	携 帯
		勤務先住所				勤務先 Tel
医療機関 かかりつけ	機関名		TEL			
	機関名		TEL			

アレルギー	種 類	品目と起こった症状
	薬 剤	
	食 物	◆ 下記アレルギーのものは「○」印、食べたことが無いものには「△」印、問題ないものは「—」で消して下さい ◆ ( 小麦・大豆・卵・マヨネーズ・牛乳・バナナ・キウイ・そば・ハチミツ・ピーナツ・エビ・カニ )
	その他	

平熱 ℃	既 往 歴	病 名	年 齢	病気ケガの状況
			オ ヌ月	
			オ ヌ月	
			オ ヌ月	

		接種日(西暦)		罹患した場合日付		接種日(西暦)		罹患した場合日付	
		年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日		
小児肺炎球菌	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		MR (麻疹 風疹)	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日	
	②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日	
	③	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		日本 脳炎	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日	
	追加	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日	
Hib	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		水痘	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日	
	②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日	
	③	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		流行性耳下 腺炎 (おたふく)	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日	
	追加	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日	
B型肝炎	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
	②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
	追加	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
ロタウイルス (ロタテック)	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
	②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
	③	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
四種混合	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
	②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
	③	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		
	追加	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		BCG	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		

食事	ミルク	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工乳 <input type="checkbox"/> 混合乳 <input type="checkbox"/> 完了 ミルクについて 商品名( )メーカー( ) 乳首サイズ(S・M・L・Y ) メーカー( )1回量( ml)						
	離乳食	<input type="checkbox"/> 完了している <input type="checkbox"/> していない						
	食事の様子	1日 ( )回	食事にかかる時間 ( )	食事時間 ( )時・( )時・( )時				
		普段の食事の量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない					
		好きな食物	嫌いな食物					
食べ方・その他	・スプーン( <input type="checkbox"/> 使う <input type="checkbox"/> 使わない ) ・フォーク( <input type="checkbox"/> 使う <input type="checkbox"/> 使わない ) ・おはし( <input type="checkbox"/> 使う <input type="checkbox"/> 使わない ) ・自分で ( <input type="checkbox"/> 食べようとする <input type="checkbox"/> 食べようとしない ) ・両手でコップを持って( <input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない ) お子さんの食事のしかたなどご記入ください。(例:よくかまない。 飲み込むのに時間がかかる。Etc...)							
睡眠	睡眠	起床時間	: 頃	就寝時間	: 頃			
		昼寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する ( : ~ : )					
	寝るときの様子	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこして <input type="checkbox"/> おんぶして <input type="checkbox"/> うつ伏せ寝 <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 一人で寝る その他						
	寝つき	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い	寝起き	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い				
	その他							
排泄	トレーニング状況	<input type="checkbox"/> トイレトレーニング <input type="checkbox"/> 始めていない <input type="checkbox"/> 始めている <input type="checkbox"/> 終わっている		尿意や便意	<input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない			
	排尿	<input type="checkbox"/> トイレに行くことを怖がる <input type="checkbox"/> 大人と一緒にいく <input type="checkbox"/> ひとりでいく <input type="checkbox"/> その他( )		1人で <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要⇒( )		
		尿量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		おもらし	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	お昼寝の時のオムツ	<input type="checkbox"/> 使う <input type="checkbox"/> 使わない
		1人で <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要⇒( )				
	排便	回数 一日( )回位	おもらし	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない				
その他	便の状態		<input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかい	便通の状態	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 下痢しやすい			
着脱	着衣	自分で脱ぐことが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
		自分で着ることが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
		自分ではくことが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
	ボタン	自分でかけることが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない					
好きな遊びや苦手なこと								
その他	お子さまの保育をおこなう際、留意点や配慮すべきことがありましたらご記入ください。			入室	ご自宅 ~ 保育室までの交通手段			
				退室	職場 ~ 保育室までの交通手段			

**FAXは 更新の方のみ です!**  
 FAX:042-312-3736