

病児保育登録票

【初回のみ】

年 月 日 記入 記入者名 (続柄)

氏名	男・女 愛称		生年月日	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 TEL				
かかりつけ医	TEL			所属園名	
家庭の状況	父・氏名	(歳)	勤務先名	TEL	
	母・氏名	(歳)	勤務先名	TEL	
	兄弟・姉妹	歳 (男・女)		歳 (男・女)	歳 (男・女)
緊急時の連絡先	① 氏名	TEL	(対象者との続柄)		
	② 氏名	TEL	(対象者との続柄)		
血液型	RH (+) (-) A B O AB				
平熱	度				
周産期	・妊娠中の異常 無 ・ 有 () ・出生体重 g ・出産は (予定通り ・ () 日早かった、遅かった) 在胎 週 ・出産時の異常 無 ・ 有 ()				
乳児期の発達	・首のすわり (カ月) ・おすわり (カ月) ・一人歩き (カ月) ・発達の遅れ (無・疑いあり・有 ()) ・栄養法 (母乳・人工・混合) ・初語 (意味のある言葉) (カ月) ・離乳食開始時期 ○前期: ____カ月 ○中期: ____カ月 ○後期: ____カ月 ○幼児食: ____歳 ____カ月				
予防接種	BCG	未・済			
	MR (麻疹・風疹)	未・済			
	ポリオ (口生ワクチン不活化)	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	※四種混合接種者は記入不要				
	口三種 口四種 混合	未・1回目済・2回目済・3回目済・追加済			
	日本脳炎	未・1回目済・2回目済・追加済			
	ヒブワクチン	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	肺炎球菌	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	未・1回目済・2回目済			
	水痘	未・1回目済・2回目済			
	インフルエンザ	未・1回目済・2回目済			
	B型肝炎 (HB)	未・1回目済・2回目済・3回目済			
	その他				
既往歴	今までに病気やけがで入院したことがありますか? 無 ・ 有 入院 (病名 ・ 時期) 手術 (病名 ・ 時期)				
	ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか? 無 ・ 有 有の場合 回数 回 ・ 最終年月日 年 月 日				
	・麻疹 (はしか) ・水痘 (みずぼうそう) ・風疹 ・百日咳 ・てんかん ・アトピー性皮膚炎 ・流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支喘息 ・結核 ・その他				
アレルギー	無・有	薬	食べ物 (除去食品)		
	その他				

【生活状況について】

睡眠について

- 就寝時間(平均時間) 時 分 ~
- 午前睡 時頃~ (時間位)
- お昼寝 時頃 ~ (時間位)
- 入眠時に必要な物または癖 :
- 寝起きの状態について :

食習慣について

- 母乳 / 粉ミルク
- 授乳回数 1日 回 (時間置き)/1回 CC
- 食事： 離乳食(現段階の食事内容)/ 普通食
- 食事の仕方・自分で食べている：手づかみ・フォーク・スプーン・箸
• 食べさせている
- 食欲 : 旺盛である / 少食である / ムラがある
- 食事中に配慮して欲しいこと

排泄について (〇をつけてください。)

- オムツ
- トレーニング中
- トレーニング終了だが、介助が必要 (今の状態)
- 独りですべて出来る

性格 (保護者からの見解)

好きな遊び

保育上注意して欲しいこと、その他要望等があれば具体的に記入してください。
(生まれつきの病気や、手術歴・既往歴・気になる発達など)