


事前登録票

記入日 年 月 日


園児・児童	ふりがな		愛称	性別	生年月日	年齢
	氏名			男・女	H R 年 月 日	才 か月
	自宅住所	〒 —				
	通園通学先	保育園 幼稚園 小学校	かかりつけ医			

健康状態	出生時	生下時体重	g	備考		
		出生時の異常	無・有			
	感染症の既往	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	年 月 日	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> はしか	年 月 日	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 風疹	年 月 日	<input type="checkbox"/> 百日咳	年 月 日	
	その他の病気	()	才 か月			
		()	才 か月			
		()	才 か月			
	入院歴	無・有				
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (現在治療中・治癒)				
アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (現在治療中・外用剤のみ・外用剤+内服薬)					
アレルギー(食品)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (完全除去している食品:) 症状:					
アレルギー(その他)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()アレルギー 症状:					
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (予防的に座薬を <input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)					

薬	常用している薬(内服薬・外用薬・吸入薬など)があれば具体的に記入ください
---	--------------------------------------

予防接種	予防接種が済んでいるものにご記入ください(母子手帳の予防接種欄のコピー添付でもかまいません)					
	ヒブ	()	回目	追加	MR(麻疹・風疹)	1回・2回
	肺炎球菌	()	回目	追加	水ぼうそう	() 回目・未
	B型肝炎	()	回目	追加	おたふく	() 回目・未
	四種混合	()	回目	追加	日本脳炎	() 回目・未
	ロタウイルス	()	回目	未	その他	
	BCG	済		未		
						

日常生活について	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 介助 (箸・フォーク・スプーン)	食事時間	約 分
	水分	<input type="checkbox"/> コップで飲める <input type="checkbox"/> ストローで飲める <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲める <input type="checkbox"/> その他 ()		
	睡眠	午睡 <input type="checkbox"/> する (時 ~ 時頃) <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> しない 寝るときの癖 なし・あり ()		
	排泄	おしっこ <input type="checkbox"/> トイレ(自立) <input type="checkbox"/> トイレ(介助) <input type="checkbox"/> 紙パンツ	うんち	<input type="checkbox"/> トイレでできる <input type="checkbox"/> トイレ(介助) <input type="checkbox"/> 紙パンツ

その他	お子さまの特徴(性格)、好きな遊び、配慮してほしいこと、保育施設に知っておいてほしいことなどご記入ください
	

緊急連絡先	保護者①	ふりがな		続柄		電話番号	
		氏名		歳			
	勤務先 電話番号						
	保護者②	ふりがな		続柄		電話番号	
氏名			歳				
勤務先 電話番号							