

ふりがな

児童名 (愛称) 西暦 年 月 日生

通園(通学)施設名 病後児施設登録 (無・有 保育園)

かかりつけ医 兄弟登録 (無・有)

自宅及び緊急連絡先			
ふりがな氏名	児童との続柄	自宅及び携帯電話番号	勤務先及び電話番号
第1連絡者 ふりがな		自宅 - -	勤務先
		携帯 - -	TEL - -
第2連絡者 ふりがな		自宅 - -	勤務先
		携帯 - -	TEL - -

予防接種	MR (未・済)	水ぼうそう (未・済)	おたふくかぜ (未・済)
感染症歴	麻しん 才 カ月	おたふくかぜ 才 カ月	
	風しん 才 カ月	突発性発疹 才 カ月	
	水ぼうそう 才 カ月		
これまでの病気	熱性けいれん なし・あり (初回 才 カ月・最後 才 カ月・これまでに 回)	(ダイアアップ指示 なし・あり (°C以上))	
	ぜんそく なし・あり (どのような治療)		
	アトピー性皮膚炎 なし・あり (どのような治療)		
	アレルギー なし・あり (どのような)		
	入院したこと なし・あり (病名 才 カ月)	(病名 才 カ月)	
常備薬	喘息、けいれん等で常時内服している薬があれば、内服時間も含めてお書きください。		家庭での薬の飲ませ方をお書きください。
	内服方法	粉のまま 水に溶いて	その他
睡眠	お昼寝 約 時間		1才未満児は、離乳食の段階・時間、ミルクの量・時間をお書きください。
	うつぶせ ・ 仰向け		
寝かせかたは？		離乳食段階 (初期・中期・後期)	離乳食時間 時頃 時頃
		ミルクの量 _____ ml	ミルクの時間 時頃 時頃
好きな遊び			その他
			体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。