

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)

年 月 日

登録 (No.)

| | | | | |
|---------------|-----|---------|--------|---------------|
| ふりがな | | 家庭での呼び名 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 児童氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 (オ ヶ月) |
| ふりがな | | 続柄 | 住所 | 〒 |
| 保護者氏名 | | | 連絡先 | 固 定 |
| 在園施設名 | | | TEL 番号 | |
| その他緊急連絡先 | 1 | 氏名 | 子供との関係 | 携 帯 |
| | | 勤務先名 | | 勤務先 Tel |
| | 2 | 氏名 | 子供との関係 | 携 帯 |
| | | 勤務先名 | | 勤務先 Tel |
| | 3 | 氏名 | 子供との関係 | 携 帯 |
| | | 勤務先名 | | 勤務先 Tel |
| かかりつけ 医療機関 | 機関名 | | TEL | |
| | 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 | |
| | その他 | |

| 既往歴 | 病 名 | 年 齢 | 病 気 ケ ガ の 状 況 |
|-----|-----|------|---------------|
| | | オ ヶ月 | |

| | | 接種日 | 罹患した場合は かかった日を記載 | | | 接種日 | 罹患した場合は かかった日を記載 |
|-------------------|---|---|---------------------|-------------------|---|---|---------------------|
| 小児肺炎球菌 | ① | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | 三種混合 | 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 | | ③ | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 |
| | 追加 | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | | 追加 | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 |
| Hib | ① | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | 不活化ポリオ | 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 | | ③ | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 |
| | 追加 | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | | 追加 | <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 | ポリオ生 | 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 |
| | 追加 | <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 |
| ① | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | ② | | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | |
| ロタウィルス (ロタテック) | ② | <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 |
| | ③ | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | | ② | <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 | 水痘 | 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 | | ① | <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) | ② | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 |
| | 追加 | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | | ① | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 |
| BCG | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | | ② | <input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未 | 年 月 日 | |

児童氏名()

年 月 日 登録(No.)

| | | | | | | | |
|------------|---|---|--|---|---|-----------|---|
| 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 | 食事に掛かる時間 () | 食事時間 ()時・()時・()時 | | | |
| | | 普通の食事の量 | <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"/> 飲む <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 <input type="checkbox"/> 尿意や便意 <input type="checkbox"/> 伝える <input type="checkbox"/> 伝えない <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() | | | | | |
| | 排尿 | 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 | | | | |
| | 排便 | おもらし | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | おねしょ | <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⇒() | | | |
| 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 | | | | | |
| 好きな遊びなど | 好きな遊び | | | | | | |
| | 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。 | | | | | |

FAX は更新の方のみです!
FAX:042-312-3736

医療法人社団 千秋会 たんぽぽ病児保育室
登録用紙 2/2 (H26.3.17 改訂)