

# 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	
		オ ヶ月	
		オ ヶ月	
		オ ヶ月	
		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
ロタウィルス (ロタテック)	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	年 月 日		日本脳炎	②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未
	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	追加	<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	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
BCG	<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