

ペンギン保育室（病児保育）登録票

【縦写真枠】

【写 真】

登録日：H 年 月 日

登録番号

カルテ番号 社・国

※【利用されるお子さま・お迎えにみえる保護者の方】が
写っている最近撮影したものをご用意下さい。
プリクラや加工してある写真はお控えください。

【横写真枠】

登 録 児 童	児 童 氏 名		愛 称	性 別	生 年 月 日	
	ふりがな					
				男・女	平成 年 月 日	
	(ー)					
	自 宅 住 所：					
	電 話 番 号： () 自宅FAX： ()					
	児童の兄弟姉妹の名前		(男・女)	(男・女)	(男・女)	
	通園施設等					
	1 認可保育園に通園→施設名 () ・ (歳児クラス) ・ 施設住所 (市・町)					
	2 認可外保育園に通園→施設名 () ・ (歳児クラス) ・ 施設住所 (市・町)					
3 幼稚園に通園→園名 () ・ (年少・年中・年長) ・ 園住所 (市・町)						
4 小学校に通学→学校名 () ・ (年生)						
5 どこにも通っていない						
かかりつけの医師						
医療機関名		電話	()	担当医師名		

保 護 者	保 護 者 氏 名		続 柄	緊 急 連 絡 先	
			父	勤務先名	
				住所	
	携帯電話 ()			電話	
			母	勤務先名	
		住所			
携帯電話 ()			電話		

※ 裏面もあります。

予防接種（これまでに受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください）		
1 ヒブワクチン【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 】	6 BCG	7 ポリオ【 生ワクチン ・ 不活化 】
2 肺炎球菌【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 】	8 MR【Ⅰ期・Ⅱ期】	9 水痘【1回・2回】
3 B型肝炎【 1回 ・ 2回 ・ 3回 】	10 日本脳炎【 Ⅰ期 1回・2回・追加 】	
4 四種混合【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 】	11 ロタウィルス	
5 三種混合【 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 】	12 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	

既往症（いままでにかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください）	
1 突発性発疹	9 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は 毎日・不調時のみ】
2 麻疹（はしか）	10 アトピー性皮膚炎
3 水痘（みずぼうそう）	11 川崎病【 心臓合併症は あり・なし 】
4 風疹（三日ばしか）	12 熱性けいれん
5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回】
6 百日咳	【座薬の指示は あり・なし】
7 B型肝炎（キャリアーを含む）	13 食物アレルギー
8 てんかん	【卵 牛乳 そば 小麦 その他（ ）】
その他（具体的に： ）	
入院の経験（入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください）	
1 ない	
2 ある【 歳 ヶ月、病名 】	
【 歳 ヶ月、病名 】	
常時内服している薬（常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください）	
1 ない	
2 ある【具体的に： 】	
その他（薬物アレルギーなど、心配なこと配慮して欲しいことについて記入してください）	

一日の生活習慣・食事面・新生児期の様子・発達、発育について【 】のなかの該当する内容に○をつけてください	
1 尿意【知らせる・知らせない・知らせる時もある】	7 食事方法【一人で食べる・一人で食べようとする・食べさせる】
2 便意【知らせる・知らせない・知らせる時もある】	8 授乳内容【母乳・ミルク】 ミルクの場合一回の哺乳（ ）ml
3 人見知り【しない・する・激しくする】	9 現在の離乳食内容 【初期・中期・後期・完了】 離乳開始時期 ヶ月
4 睡眠習慣【おしゃぶり・タオル・ぬいぐるみ】 その他（ ）	10 新生児期：出生時の異常【ある・なし】
5 睡眠時間 時間 (昼寝は→ 時間)	11 発育、発達 【ふつう・少し遅れていると思う・わからない】
6 食事量【よく食べる・普通・食が細い】	12 平熱 ℃