

ペンギン保育室（病児保育）登録票

【縦写真枠】

登録日：20 年 月 日
(R 年)

登録番号

カルテ番号 社・国

【写 真】

※【利用されるお子さま・送迎される保護者の方】が写っている最近撮影した写真を下記に気を付けてご用意下さい。

- ・ 枠内に入るサイズの写真
 - ・ 顔がはっきりとわかる写真
- (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	(H ・ R 年)
				2 0 年 月 日
	(〒 -)			
	自 宅 住 所 :			
	電 話 番 号 : ()		自 宅 F A X : ()	
	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・母	勤務先名	
				住所	
	携帯電話 ()			電話	
		父・母	勤務先名		
			住所		
携帯電話 ()			電話		

※ 裏面もあります。

予防接種
公費接種、任意接種を含めた、適齢接種をお済みですか？
はい いいえ
※公費接種（ヒブワクチン、肺炎球菌、日本脳炎等、公費で接種できる予防接種）
※任意接種（おたふくかぜ、インフルエンザ等、任意で接種できる予防接種）

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 _____ °C