

たんぽぽ病児保育室
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	兄弟
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			自宅 tel	固 定	
在園施設名		TEL 番号	()		
緊急連絡先	1	氏 名 (才)	勤務先名	子供との関係	携 帯
		勤務先住所			勤務先 Tel
	2	氏 名 (才)	勤務先名	子供との関係	携 帯
		勤務先住所			勤務先 Tel
	3	氏 名 (才)	勤務先名	子供との関係	携 帯
		勤務先住所			勤務先 Tel
医療機関 かかりつけ	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	◆ 下記アレルギーのものは「○」印、食べたことが無いものには「△」印、問題ないものは「—」で消して下さい ◆ (小麦・大豆・卵・マヨネーズ・牛乳・パナナ・キウイ・そば・ハチミツ・ピーナツ・エビ・カニ)
	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								
小児肺炎球菌	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	三種混合	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	罹患した場合は かかった日を記載		
		<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日			③	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 年 月 日	
		追加	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未			H 年 月 日	追加		<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日
	Hib	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	不活化ポリオ	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	罹患した場合は かかった日を記載	
			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日			③	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 年 月 日
			追加	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未			H 年 月 日	追加		<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未
	B型肝炎	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	ポリオ生	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	罹患した場合は かかった日を記載	
			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 年 月 日
			追加	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未			H 年 月 日			
	ロタウイルス (ロタテック)	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	MR (麻疹風疹)	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	罹患した場合は かかった日を記載	
			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 年 月 日
			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日			追加	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 年 月 日
	四種混合	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	水痘	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	罹患した場合は かかった日を記載	
			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日			②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 年 月 日
<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未			H 年 月 日	追加			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日		
追加			<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日						
BCG	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日		流行性耳下腺炎 (おたふく)	①	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未	H 年 月 日	罹患した場合は かかった日を記載		
						②	<input type="checkbox"/> 既 <input type="checkbox"/> 未		H 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	食事にかかる時間 () 食事時間 ()時・()時・()時 普段の食事の量 <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
		・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"/> 食べようとしなない) ・両手でコップを持って(<input type="checkbox"/> 飲める <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...)	
食べ方・その他			
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		
	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()	
排泄	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 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	
	排便	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 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	
	その他		
	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	
好きな遊びや 苦手なこと			
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。	入室	ご自宅 ~ 保育室までの交通手段
		退室	職場 ~ 保育室までの交通手段

FAXは 更新の方のみ です!
 FAX : 042-312-3736