

かいつぶり 登録票（平成29年度）

登録日 /

ふりがな 氏名： 様		愛称		保育園・小学校		送迎対応 有 無					
生年月日：平成 年 月 日 歳				住所： 市							
自宅電話番号：				宇都宮市							
お父様 氏名		携帯番号		ごきょうだい：名		年齢					
						歳					
お母様 氏名		携帯番号				歳					
						歳					
同居家族 (方) 祖父・祖母・父・母・きょうだい()											
世帯区分 (確認日 /) 1、生活保護世帯 2、市民税非課税世帯 3、婚姻歴のないひとり親家庭 4、その他の世帯											
就労状況				お父様				お母様			
勤務先名											
住所											
電話番号											
勤務形態				常勤・パート等・自営・その他				常勤・パート等・自営・その他			
勤務時間				: ~ :				: ~ :			
休日(曜日)											

出生状況		()週 体重 ()gで出生		出生時問題 なし あり()	
発育状態		発育過程においてフォローを受けている場合や、要観察の指摘を受けている場合はご記入ください			
既往歴		1、突発性発疹(いつ:) 7、熱性痙攣(初回: 歳 月) (最終: 歳 月)坐薬指示あり 2、はしか:麻疹(いつ:) 3、水ぼうそう(いつ:) 8、喘息(現在治療 無・有(吸入・内服) 4、風疹(いつ:) 9、川崎病(いつ:) 5、おたふくかぜ(いつ:) 10、経過観察中の病気(病名:) 6、アトピー性皮膚炎 内服等()			
アレルギー		なし あり (食事: 薬: その他:)			
予防接種状況		(済んでいるものに ○を付けて下さい)			
□母子手帳 確認		1、MR(1回目 2回目) 5、B型肝炎(1回目・2回目・3回目) 2、水痘(1回目 2回目) 6、インフルエンザ(H 年 1回目 2回目) 3、おたふく(1回目 2回目) 4、ロタウイルス			
かかりつけ医		小児科: TEL		整形外科: TEL	
		TEL		眼科: TEL	
		耳鼻科: TEL		皮膚科: TEL	
食事の状況		普通食・離乳食(回) 母乳・ミルク ml × 回/日			
好きな食べ物		食事に関して、配慮することがあればご記入ください			
嫌いな食べ物					
排泄状況		自立・トイレ練習中・入眠時のみオムツ・常時オムツ			
興味のある事・もの:					
何か心配なことがあればご記入ください:					