

# かいつぶり 登録票 (2022年度)

登録日 /

ふりがな 氏名:	様	男・女	通園・通学中の施設名	送迎対応
※スタッフ記入欄				
生年月日: 平成・令和	年	月	日	歳
住所: 〒			宇都宮市	
自宅電話番号:				
保護者① (続柄: )	ふりがな 氏名	携帯番号	ご兄弟:名	年齢
				歳
保護者② (続柄: )	ふりがな 氏名	携帯番号		歳
				歳
同居家族	父・母・兄弟 ( )・祖父・祖母( 方)			
世帯区分	1、生活保護世帯 2、市民税非課税世帯 3、その他の世帯			
就労状況	保護者①(続柄: )		保護者②(続柄: )	
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)				
備考				
出生状況	( )週 体重 ( )gで出生 出生時間問題 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、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: ) 8、熱性痙攣 坐薬指示(なし・あり: ) 2、麻疹 (いつ: ) (いつ:初回 /最終 ) 3、風疹 (いつ: ) 9、喘息(現在治療 無・有:吸入・内服 ) 4、水ぼうそう (いつ: ) 10、経過観察中の病気 5、おたふくかぜ(いつ: ) (病名: ) 6、川崎病 (いつ: ) 定期内服等(なし・あり: ) 7、アトピー性皮膚炎 11、入院歴(いつ: 病名: )			
アレルギー	なし・あり(アルコール綿かぶれ 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・2 回目) 5、小児肺炎球菌( 1・2・3・4 回目) 9、日本脳炎( 1・2・3・4 回目) 2、水痘( 1・2 回目) 6、ヒブ( 1・2・3・4 回目) 10、四種混合( 1・2・3・4 回目) 3、おたふく( 1・2 回目) 7、B型肝炎( 1・2・3 回目) 11、三種混合( 1・2・3・4 回目) 4、ロタウイルス 8、BCG 12、不活化ポリオ( 1・2・3・4 回目)			
かかりつけ医	小児科: TEL	科: TEL		
	耳鼻科: TEL	科: TEL		
食事の状況	普通食・離乳食(初期・中期・後期 回/日) 母乳・ミルク・フォローアップミルク 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:				

※裏面もご確認下さい