

かいつぶり 登録票 (2023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 <small>※スタッフ記入欄</small>
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	通園・通学中の施設名
保護者② (続柄:)	ふりがな 氏名	携帯番号		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			
	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	食事に於い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