

かいつぶり 登録票 (2024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		
生年月日: 平成・令和 年 月 日 歳		住所: 〒 宇都宮市				
自宅電話番号:		※スタッフ記入欄				
保護者① (続柄:)	ふりがな 氏名	携帯番号	ごきょうだい: 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: 無・有()					
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	・突発性発疹 (いつ:) ・麻疹 (いつ:) ・風疹 (いつ:) ・水ぼうそう (いつ:) ・おたふくかぜ (いつ:) ・熱性けいれん 座薬指示: 無・有 いつ: 初回 /最終					・経過観察中の病気 (喘息・川崎病・その他: 現在の治療・定期内服等: 無・有 (かかりつけ医(・入院歴 (いつ: 病名:
アレルギー	なし・あり(食事: 薬: アルコール綿・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	・ロタウイルス (1・2・3回) ・BCG ・麻疹風疹 (1・2回) ・ヒブ (1・2・3・4回) ・四種混合 (1・2・3・4回) ・水ぼうそう (1・2回) ・小児肺炎球菌 (1・2・3・4回) ・五種混合 (1・2・3・4回) ・おたふく (1・2回) ・B型肝炎 (1・2・3回) ・日本脳炎 (1・2・3・4回)					
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