

# かいつぶり 登録票（平成30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	ご兄弟：名	年齢	保育園・学校	
			歳		
お母様 氏名	携帯番号		歳		
			歳		
同居家族	( 方)祖父・祖母・父・母・兄弟( )				
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: ) 8、喘息(現在治療 無・有(吸入・内服) 3、水ぼうそう(いつ: ) 9、川崎病(いつ: ) 4、風疹(いつ: ) 10、経過観察中の病気(病名: ) 5、おたふくかぜ(いつ: ) 内服等( ) 6、アトピー性皮膚炎				
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	眼科: TEL		
	TEL	TEL	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:					