

佐賀市病児・病後児保育室 児童登録票

登録番号 No. _____

平成 年 月 日記入

記入者氏名 _____

ふりがな		男	生年月日		平成	年	月	日生
氏名		女			_____歳		_____月	
保護者	父：氏名 (歳)		お子さんの愛称					
	母：氏名 (歳)							
	住民登録地 (〒 -)		電話番号 - -					
	自宅住所 (〒 -)		電話番号 - -					
※住民登録地と同居所の場合は、同上とご記入ください。								
きょうだい	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)	
職業	父	母						
緊急連絡先	父	1 (電話 勤務先名)						
		2 (携帯電話)						
	母	1 (電話 勤務先名)						
		2 (携帯電話)						
	父母以外の方 (続柄:)	1 (電話 勤務先名)						
		2 (携帯電話)						
保育所等の園名	電話 - -							
かかりつけ医名	電話 - -							
周産期	妊娠中の異常 なし ・ あり (具体的に:)							
	出生時体重 g							
	出産は (予定通り・ 日 早かった・遅かった) (在胎 週)							
	出産時の異常 なし ・ あり (具体的に:)							
乳児期の発達	首のすわり: _____カ月 おすわり: _____カ月 一人歩き: _____カ月							
	栄養法 (母乳・人工・混合)							
	離乳食完了時期 未 (前期・中期・後期) 済 (_____カ月)							
	人見知り: _____カ月 母親の後追い: _____歳 _____カ月							
	初語 (意味のあることば): _____歳 _____カ月							

予 防 接 種 等	ロタウイルス	未・1・2・3	BCG	未・済	
	ポリオ	未・済	生ワクチン	1・2	
			不活化	1・2・3・4	
	肺炎球菌	未・1・2・3・追加	Hib	未・1・2・3・追加	
	三種混合	未・I期	1・2・3・追加		
	四種混合	未・1・2・3・追加			
麻 疹 風 疹	麻疹風疹	未・I期・II期	日本脳炎	未・I期 1・2・追加	
	おたふくかぜ	未・1・2・かかった	水ぼうそう	未・1・2・かかった	
	B型肝炎	γグロブリン	1・2	B型肝炎ワクチン	1・2・3
	その他	(具体的に)			
こ れ ま だ の 病 気	けいれん	無・有 (回) 最後のけいれんは (年 月 日)			
	喘息	ない・ある			
	喘息様気管支炎	毎日薬を飲んでいる	・いない	・発作時だけ	
		毎日吸入療法をしている	・いない	・発作時だけ	
	アトピー性皮膚炎	ない・ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法)			
	アレルギー	ない・ある ()			
	かかった病気	・突発性発疹 ・百日咳 ・麻疹 ・風疹 ・中耳炎			
その他の病気 (具体的に)					
入 院 し た こ と	入院したこと	ない・ある	(病名	歳 ヵ月)	
			(病名	歳 ヵ月)	
			(病名	歳 ヵ月)	
			(病名	歳 ヵ月)	
常 時 内 服 し て い る 薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。 (内服時間も)				
食 事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。				
そ の 他	体質(薬物アレルギー等) やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。				