

病後児保育児童票(登録書)

児童氏名	フリガナ	男・女	愛称	
生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)	体重	kg	
保護者	父親氏名	自宅住所 及び連絡 先	住所	
	母親氏名		Tel	
			父携帯	母携帯
保護者勤務先	父会社名	電話番号		
	母会社名	電話番号		
緊急連絡先	1、 2、 3、			
現在通っている所	保育園(所)・幼稚園・小学校			
	予防接種	感染済		予防接種
ポリオ	1回目		ツベルクリン反応	
	2回目		日本脳炎	
三種混合 百日咳 ジフテリア 破傷風	I	1	BCG	
		2	水痘(水疱瘡)	
		3	麻疹(はしか)	
	II	風疹(三日はしか)		
流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)				
周産期	・妊娠中の異常 なし ・ あり ( ) ・出生時の体重 ( g) ・出産時期 予定どおり ・ 日早かった、遅かった(在胎 週) ・出産時の異常 なし ・ あり ( )			
これまでの 病気	熱性けいれん	なし ・ あり (初回 歳 か月、最後 歳 か月 合計 回)		
	その他			
アレルギー	食物	なし ・ あり 食事の制限程度		
	その他			
備考(その他、気を付けていること、連絡しておきたいことを記入して下さい。)				

登録番号