

病後児保育児童票(登録書)

児童氏名	フリガナ		男・女	愛称		平熱	℃
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	感染済	
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 坐薬使用 なし ・ あり ( 回) お迎えを連絡する体温      °C				
	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