利用子ども登録票
※お子さま1人につき1枚記入をお願いします

新規・変更

保護者名		会員番号	
援助を 依頼する お子さんの 名前	ふりがな	学校 保育施設	名称:
	氏名		年 組(クラス)・担任 先生
生年月日	年 月 日(歳 ヶ月)	かかりつけ医	名称:
			担当医:

生活リズムについてお聞かせください。

起床	: 頃	お昼寝	: ~ :	(お昼寝の寝かしつけ方法)
就寝	: 頃		: ~ :	

食事	☐ 自分で食べる ☐ 食べさせる					
	☐ 普通食	朝: 時頃 昼: 時頃 夕: 時頃	☐ 離乳食 (回食)	朝: 時頃 昼: 時頃 夕: 時頃	☐ ミルク (cc/回)	(何時ごろにあげますか?)
	好き嫌いは ☐ なし ☐ あり( )					

おやつ	: 頃
	: 頃

排泄	おむつ	☐ 無 ・ ☐ 有	おしっこ	☐ 自分で言う、できる ☐ 補助、取替
			うんち	☐ 自分で言う、できる ☐ 補助、取替
	備考			

健康状態・アレルギーなどについてお聞かせください。

アレルギー	食べ物	☐ 無	☐ 有( )⇒ ☐ エピペン ☐ 塗り薬 ☐ 様子を見る
	ペット	☐ 無	☐ 有( )⇒ ☐ エピペン ☐ 塗り薬 ☐ 様子を見る
健康状態	体温(平熱)	度 分	既往歴 ☐ 風疹 ☐ 気管支喘息 ☐ 麻疹(はしか)
	熱性けいれん	☐ 無 ☐ 有(歳 ヶ月)	☐ 水ぼうそう ☐ おたふく風邪 ☐ その他( )
病気 障がい等	☐ なし ☐ あり(病名)		予防接種
	服用薬( )	発作時対応方法( )	☐ B型肝炎(回) ☐ ヒブ(回) ☐ 四種混合(回) ☐ 小児用肺炎球菌(回) ☐ BCG ☐ 水ぼうそう(回) ☐ 日本脳炎 ●麻しん風しん ☐ 第一期 ☐ 第二期
その他	お子さんの 性格	☐ 大人しい ☐ やんちゃ ☐ 陽気 ☐ よくしゃべる ☐ 人見知り ☐ よく泣く ☐ その他( )	
	好きな玩具 やキャラク ター・遊び は?		
伝えて おきたいこと			