

## 病児保育室バンビ 登録票

(ID: )

記入日 年 月 日 記入者名

ふりがな 児童名		性別	生年月日	年	月	日	歳	カ月	
住所	〒								
通園・通学している 園名・学校名	TEL								
緊急連絡先  (緊急連絡優先順に 送迎の可能性がある 方全員分のご記入を お願い致します)	①名前(ふりがな)		続柄	生年月日		昭和 平成	年	月	日
	住所		携帯電話						
			メールアドレス						
	勤務先								
	TEL								
	②名前(ふりがな)		続柄	生年月日		昭和 平成	年	月	日
	住所		携帯電話						
			メールアドレス						
	勤務先								
	TEL								
	③名前(ふりがな)		続柄	生年月日		昭和 平成	年	月	日
	住所		携帯電話						
			メールアドレス						
	勤務先								
	TEL								
	④名前(ふりがな)		続柄	生年月日		昭和 平成	年	月	日
	住所		携帯電話						
			メールアドレス						
	勤務先								
	TEL								
⑤名前(ふりがな)		続柄	生年月日		昭和 平成	年	月	日	
住所		携帯電話							
		メールアドレス							
勤務先									
TEL									

(ID: )

出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( )
既往歴	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(最終発作 年 月 日) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(3日ばしか) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他( )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> アレルギーの原因 <input type="checkbox"/> 症状
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 歳、病名 医療機関名 <input type="checkbox"/> 歳、病名 医療機関名
体質・ かかりやすい病 気など	<input type="checkbox"/> 鼻血がでる <input type="checkbox"/> 下痢をする <input type="checkbox"/> 皮膚がかぶれる <input type="checkbox"/> じんましんがでる <input type="checkbox"/> 吐く <input type="checkbox"/> 肘内障になったことがある 最終 歳
治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 (服用中の薬 )
生活	食事 <input type="checkbox"/> 食事制限なし <input type="checkbox"/> 食事制限あり <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 介助して一人で食べる <input type="checkbox"/> 完全に介助する
	排泄 <input type="checkbox"/> オムツあり <input type="checkbox"/> オムツなし(状態 <input type="checkbox"/> すべてトイレ <input type="checkbox"/> 尿のみトイレ )
	昼寝 方法( )
好きな遊び	