

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 送迎の可能性のある 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					
兄弟 姉妹 構成	名前(ふりがな)	続柄	生年月日		年	月 日
					年	月 日
					年	月 日
					年	月 日
					年	月 日

(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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">アレルギーの原因</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">]</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">症状</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">]</div> </div>
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">歳、病名 医療機関名</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">]</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">歳、病名 医療機関名</div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">]</div> </div>
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	