

病児保育室バンビ 登録票

(ID:)

記入日:令和 年 月 日 記入者名

ふりがな	性別	生年月日	平成 年 月 日 令和 歳 カ月
児童名			
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 お願いいたします)	① 名前(ふりがな)	続柄	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	住所	携帯電話	
	勤務先名	勤務先TEL	
	② 名前(ふりがな)	続柄	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	住所	携帯電話	
	勤務先名	勤務先TEL	
	③ 名前(ふりがな)	続柄	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	住所	携帯電話	
	勤務先名	勤務先TEL	
	④ 名前(ふりがな)	続柄	生年月日 昭和 年 月 日 平成
	住所	携帯電話	
	勤務先名	勤務先TEL	
兄弟 姉妹 構成	ふりがな 名前 ID ()	続柄	生年月日 平成 年 月 日 令和
	ふりがな 名前 ID ()		平成 年 月 日 令和
	ふりがな 名前 ID ()		平成 年 月 日 令和
	ふりがな 名前 ID ()		平成 年 月 日 令和

(ID:)

出生時の状況	☐ 異常なし ☐ 異常あり [特記事項]
既往歴	☐ 熱性けいれん ・初回(歳 カ月) 以後()回反復 最終(歳 カ月) ・ダイアップの指示 ☐ なし ☐ あり (°C以上で使用) ☐ 喘息 ・内服薬を継続的に飲んで ☐ いない ☐ いる(薬名:) ・自宅で吸入療法をして ☐ いない ☐ いる(薬名:) ☐ 肘内障 最終(歳 カ月) ☐ 突発性発疹 ☐ おたふくかぜ ☐ 水痘(水ぼうそう) ☐ てんかん ☐ 麻疹(はしか) ☐ 風疹(三日ばしか) ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他 []
入院歴	☐ なし ☐ あり (歳 カ月:病名) (歳 カ月:病名)
アレルギー	☐ なし ☐ あり (その品目について食事制限をして ☐ いる ☐ いない) ・品目とアレルギー反応を起こした時の状態を具体的に記入してください。 []
体質	☐ 鼻血がしやすい ☐ 下痢をしやすい ☐ 便秘ぎみ ☐ 皮膚がかぶれやすい ☐ じんましんがしやすい ☐ 吐きやすい
持病、発達等で心配なことや配慮してほしいことがあれば記入して下さい。	例) 言葉の発達が遅れている、コミュニケーションを取るのが苦手、癲癇持ち、自閉傾向あり etc.
昼寝の方法	☐ トントン ☐ 抱っこ(横抱き・縦抱き) ☐ おんぶ ☐ 音楽を流す ☐ その他()
好きな室内遊び	