



瀬戸病院病児保育もりもり保育室利用登録書

登録番号

20 年 月 日登録

登録 児 童	フリガナ			男・女	生年月日	20 年 月 日生			
	児童氏名			愛称	登録時年齢	歳 ヶ月			
	住所	(〒 -) 埼玉県所沢市			電話				
	通園施設				FAX				
家族	フリガナ			携帯番号			所在地	もりもり ⇄ 勤務先	
父	氏名	(歳)		勤務先	名称		所在地	時間 分	
	TEL							電車 / 車 / 自転車 / 徒歩	
母	フリガナ			携帯番号			所在地	時間 分	
	氏名	(歳)			TEL			電車 / 車 / 自転車 / 徒歩	
兄弟 姉 妹	氏名		通園施設		保護者以外で緊急時連絡が可能な方				
	男女	(歳)			続柄	氏名		住所・連絡先	
	男女	(歳)				(歳)		市	
	男女	(歳)				(歳)		市	
成育 歴	母	妊娠時の異常 なし・あり ()			出産時の異常 なし・あり ()				
	子	生まれつきの病気 なし・あり ()			発育 ふつう 経過観察中 ()				
予防 接種	麻しん 風疹(MR)		1回 2回 .		BCG		1回 .		
	水痘		1回 2回 .		インフルエンザ菌b型(ヒブ)		1回 2回 3回 4回		
	B型肝炎		1回 2回 3回 .		肺炎球菌(PCV13)		1回 2回 3回 4回		
	四種混合(DPT-IPV)		1回 2回 3回 4回		日本脳炎		1回 2回 3回 4回		
	三種混合(DPT)		1回 2回 3回 4回		おたふくかぜ		1回 2回 .		
	ポリオ	生	1回 2回 .		ロタウイルス		1回 2回 3回 .		
不活化		1回 2回 3回 4回							
既往 歴・ 持病 など	大きな病気・ケガ・入院・手術 (ない・ある)				□気管支ぜんそく				
	病名 (歳 ヶ月) _____ 病院 / 経過観察 ない・ある				□熱性けいれん (回) 最終 年 月 (歳 か月)				
	今までにかかった病気 ・ ・				□アトピー性皮膚炎 □じんましん				
	□アトピー性皮膚炎 □じんましん				□てんかん				
アレルギー	□なし □あり (食物・薬・その他)				□自閉症 □発達障害 □その他 気になる事等				
児童 の 姿	食事		排泄		睡眠		配慮してほしい事・好きな遊び等		
	母乳・ミルク・離乳食・普通食		オムツ・トレーニング中・パンツ		お昼寝 (する・しない) (: ~ :)				