

## 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 カ月
住所	〒					
通園・通学している 園名・学校名						
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)		TEL 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					
	②名前(ふりがな)		TEL 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					
	③名前(ふりがな)		TEL 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					
	④名前(ふりがな)		TEL 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					
	⑤名前(ふりがな)		TEL 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 [ アレルギーの原因 ] [ 症状 ]
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [ 歳、病名 医療機関名 ] [ 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	