

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 令和	年	月	日 ヵ月
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 平成	年	月	日
	自宅住所		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 平成	年	月	日
	自宅住所		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 平成	年	月	日
	自宅住所		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 平成	年	月	日
	自宅住所		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 令和	年	月 日
	ふりがな 名前	ID ( )		平成 令和	年	月 日
	ふりがな 名前	ID ( )		平成 令和	年	月 日
	ふりがな 名前	ID ( )		平成 令和	年	月 日

(ID: )

出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [ 特記事項 ]
既往歴	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( °C以上で使用) <input type="checkbox"/> 喘息 ・内服薬を継続的に飲んで <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(薬名: ) ・自宅で吸入療法をして <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(薬名: ) <input type="checkbox"/> 肘内障 最終( 歳 カ月) <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"/> てんかん <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 歳 カ月:病名 ) ( 歳 カ月:病名 )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( その品目について食事制限をして <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 鼻血がしやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 便秘ぎみ <input type="checkbox"/> 皮膚がかぶれやすい <input type="checkbox"/> じんましんがしやすい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> トントン <input type="checkbox"/> 抱っこ(横抱き・縦抱き) <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 音楽を流す <input type="checkbox"/> その他( )
好きな室内遊び	