

園記入欄	登録受付日	
	受付番号	

病児・病後児保育利用登録票

取手市医師会どんぐり保育園 宛

年 月 日

保護者氏名

ふりがな				生年月日	性別
氏名				年 月 日	男 女
住所	〒				愛称
電話番号	自宅：		携帯：		
かかりつけ医			かかりつけ医 電話番号		
保護者①	続柄	氏名	勤務先名称		
			勤務先電話番号		
保護者②	続柄	氏名	勤務先名称		
			勤務先電話番号		
緊急連絡先①			E-mail①		
緊急連絡先②			E-mail②		
出生時の異常	無・有 ()		発育・発達	ふつう 少し遅れている わからない	
予防接種	Hib	未・接種 (1・2・3・追)	MR	未・接種 (1・2)	
	小児肺炎球菌	未・接種 (1・2・3・追)	日本脳炎	未・接種 (1・2・追)	
	四種混合	未・接種 (1・2・3・追)	水痘	未・接種 (1・2)	
	三種混合	未・接種 (1・2・3・追)	おたふく	未・接種 (1・2)	
	ポリオ	未・接種 (1・2・3・追)	B型肝炎	未・接種 (1・2・3)	
	BCG	未・済	口夕	未・接種 (1・2・3)	
病歴	1. 突発性発疹 2. 麻疹 (はしか) 3. 風疹 (三日ばしか) 4. 水痘 (みずぼうそう) 5. おたふくかぜ 6. 百日咳 7. 熱性けいれん (回数: 回) (初回: 年 月 日) (最後: 年 月 日) けいれん止め坐薬 (指示 なし あり: °C以上) 使用歴 (あり・なし) 8. 喘息および喘息様気管支炎 (治療継続中<内服・吸入>・悪化時のみ治療) 9. アトピー性皮膚炎 10. その他 ()				
入院歴	病名: (歳 ヲ月) 入院施設名:				
	病名: (歳 ヲ月) 入院施設名:				
	病名: (歳 ヲ月) 入院施設名:				
薬	常時内服している薬 無・有 :				
	常時使用している外用薬 無・有 :				
アレルギーの 状況	食物	無・有 :			
		食事制限の程度や内容 :			
	その他				

生活状況（あてはまるもの全てに○をつけてください）

身長	cm	体重	kg	平熱	°C
食事	①内容：ミルク 離乳食 幼児食 普通食 その他（ ）				
	②量：多い 普通 少ない ③飲み方：コップ ストロー マグ その他（ ）				
	④食べ方：箸 スプーン フォーク 手づかみ				
	⑤好きな食物： ⑥嫌いな食物：				
薬	①シロップ：飲み方（ ）②粉：飲み方（ ）③錠剤・カプセル				
水分	水 麦茶 牛乳 ジュース イオンウォーター				
トイレ	①完全自立②オムツ③パンツだが時々失敗④寝るときだけオムツ④その他				
睡眠	①お昼寝 しない する（ ）時～（ ）時・（ ）時～（ ）時				
	②寝かた トントン 添い寝 絵本 抱っこ おんぶ その他（ ）				
遊び	（ひとり・兄弟姉妹・お友達・祖父母・大人）と遊ぶことが多い				
	好きな遊び：				
	好きなキャラクター：				
	お気に入り・落ち着くもの：				
性格	明るい 穏やか わんぱく 几帳面 頑固 内気 すぐ泣く 神経質 落ち着かない				
言葉	話せる（文章） 単語のみ 話せないが意思を表す（首振り等） 反応があまりない				
運動	歩ける よちよち歩き 伝い歩き つかまり立ち ハイハイ				
その他	※体質やくせ、心配なこと、配慮してほしいことなどあればご記入ください				

※こちらには、利用するお子様と主に送迎する方の写真を貼ってください（顔がはっきりわかるもの）

保育園
記入欄