

こども誰でも通園制度 利用登録票

年 月 日

住 所 _____

保護者氏名 _____

こども誰でも通園制度の利用を希望するので、次のとおり登録いたします。

フリガナ	生年月日	年齢	性別
児 童 名		歳 ヶ月	男 ・ 女

フリガナ 家族の氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先 (電話番号)	備考欄 (例：育休中)

※同居されている方、全てご記入ください。

健康状態	持病 無 ・ 有 ()		
	アレルギー 無 ・ 有 ()		
かかりつけ医療機関	診療科	病院名	電話番号
	小児科		
	外科		

緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号
	1		
	2		
	3		

【注意事項】

上記内容に変更があった場合には、必ず保育所へお知らせください。

睡眠	<input type="checkbox"/> 午前 する 時間 (~) ・ しない <input type="checkbox"/> 午後 する 時間 (~) ・ しない <input type="checkbox"/> 寝る時 一人で寝る ・ 添い寝 ・ おんぶ ・ その他 () <input type="checkbox"/> 寝る時の癖 () <input type="checkbox"/> 寝つき 良い ・ 悪い <input type="checkbox"/> 寝起き 良い ・ 悪い		
食事	<input type="checkbox"/> 離乳食 完了している ・ 完了していない () <input type="checkbox"/> 食欲 旺盛 ・ ふつう ・ 少食 ・ むらがある		
授乳	<input type="checkbox"/> 時間 () <input type="checkbox"/> 授乳の方法 母乳 ・ ミルク(品名: 1回の量 cc) <input type="checkbox"/> 授乳後の様子 吐かない ・ 吐きやすい		
排泄	おむつ ・ トイレトレーニング中 ・ 布パンツ ・ 寝る時のみおむつ使用		
平熱	度	分	発熱何度で連絡すればよいか
既往症	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー あり () ・ なし ※アレルギー反応を起こした時の状態について具体的にお書きください。 () <input type="checkbox"/> 食物以外のアレルギー あり() ・ なし ※アレルギー反応を起こした時の状態について具体的にお書きください。 () <input type="checkbox"/> けいれん あり(有熱 ・ 無熱) ・ なし 初回(年 月 日) 最後(年 月 日) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 あり(症状) ・ なし <input type="checkbox"/> 喘息 あり(症状) ・ なし <input type="checkbox"/> 脱臼 (肩 ・ 腕 ・ その他) (左 ・ 右) ・ なし <input type="checkbox"/> その他の病気や通院歴 ※具体的にお書きください ()		
発育状況	<input type="checkbox"/> 出生時の体重 (kg) (第 子) <input type="checkbox"/> 出生状況 正常 ・ 異常 ・ 早産 <input type="checkbox"/> 出生時の病歴 () <input type="checkbox"/> 言葉 話せない ・ 喃語 ・ 2語文 ・ よく話す ・ あまり話さない <input type="checkbox"/> 歩行 (歳 ヲ月) <input type="checkbox"/> 人や場所見知り しない ・ する <input type="checkbox"/> 好きな遊びやおもちゃ () <input type="checkbox"/> 予防接種は定期的に受けていますか 受けている ・ 受けていない(理由) <input type="checkbox"/> 検診で保健師に相談していることや指摘事項 ()		
その他	※お子さんの性格や体質、心配なことなど保育士に伝えておきたいことがありましたら、具体的にお書きください。		