

病児保育室 NaNaLa 児童登録票

※太枠内をご記入ください

ID \_\_\_\_\_

登 録 児 童	ふりがな			性別	生 年 月 日	
	氏 名			男 女	年 月 日 ( 歳 か月)	
	自宅住所：(〒 - ) 東京都 区					
	電話番号： ( )					
	通園施設名		( ) 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校			
	かかりつけ医		電話 ( )			
保護者① 氏名 続柄( ) ( 歳) ・携帯 ( ) ・同居						
勤務先名： ・電話 ( )						
勤務時間： 時 分 ～ 時 分 通勤時間： 時間 分						
保護者② 氏名 続柄( ) ( 歳) ・携帯 ( ) ・同居						
勤務先名： ・電話 ( )						
勤務時間： 時 分 ～ 時 分 通勤時間： 時間 分						
上記の保護者以外の同居家族氏名（年齢・続柄）						
( 歳・ )			( 歳・ )			
( 歳・ )			( 歳・ )			
( 歳・ )			( 歳・ )			
新生児期	出生時の異常・無 ・有 ( )		発育発達 の様子	・ふつう ・健診や通園施設で指摘あり		
既往歴（今までにかかった病気の番号に○と【 】に内容を書いてください）						
1 突発性発疹症		7 喘息・喘息性気管支炎【毎日薬を飲んでいる・発作時だけ・飲んでいない】				
2 麻疹（はしか）		8 熱性けいれん【初回 歳 か月・最後 歳 か月・これまで 回】 【坐薬の指示 なし・あり】				
3 風疹（三日ばしか）		家族の熱性痙攣既往歴 なし・あり【父・母・ 】				
4 水ぼうそう						
5 おたふくかぜ		9 アレルギー 食物【卵・乳製品・小麦・大豆・その他 】				
6 アトピー性皮膚炎		その他【ハウスダスト・ダニ・スギ】 食事制限 無・有( )				

保育士記入欄				