

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
	自宅住所：(〒 - ) 東京都 区				(歳)	か月)	
	電話番号：( )						
	通園施設名	( ) 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校			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）


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 哮息・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）			
4 水ぼうそう	家族の熱性痙攣既往歴 なし・あり【父・母・】		
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 その他【ハウスダスト・ダニ・ズギ】 食事制限 無・有( )】		
6 アトピー性皮膚炎			

入院歴 なし・あり

(　歳　　カ月：病名　　　　　　　　　) (　歳　　カ月：病名　　　　　　　)

常時使用している薬 なし・あり

(病名　　薬の名前　　1日　　回　　)

(病名　　薬の名前　　1日　　回　　)

その他（先天性疾患、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください）

次の予防接種のうち受けたものを○で囲んでください。

小児肺炎球菌ワクチン(1・2・3・追加)	ロタリックス(1・2)	ロタテック(1・2・3)	BCG
Hib(ヒブ)(1・2・3・追加)	麻疹風疹混合 MR(1・2期)	水痘(1・2)	おたふく(1・2)
B型肝炎(1・2・3)	日本脳炎(1期1・2・追加／2期)	麻疹	風疹
五種混合(1期1・2・3・追加)	ポリオ 生(1・2)	不活化(1・2・3・追加)	
四種混合(1期1・2・3・追加)	その他 ( )		
三種混合(1期1・2・3・追加)	( )		

保育士記入欄
