

様式第 1 号

施設名 _____ こどもデイサービスセンター 登録番号 _____
 施設名 _____ こどもデイサービスセンター 登録番号 _____

以下、□欄には該当項目にレ印を記入してください。

児 童 登 録 票

記入日	令和 年 月 日	記入者氏名				
(フリガナ) 児童氏名	() □男 (愛称:) □女	生年 月 日	平成・令和 年 月 日生(歳 か月)			
住 所	札幌市 区	電話	—			
保育状況	□小学校 □認可保育所 □その他保育施設 □幼稚園 □自宅					
	施設名 :					
家族の 状況	(フリガナ) 氏 名	続柄	年齢	勤務先名 (通学先名)	勤務先住所 (通学先住所)	勤務先電話 (通学先電話)
	()					
	()					
	()					
	()					
	()					
緊急時の 連絡先	①氏名 :	(続柄 :)	連絡先名 :	電話 :		
	②氏名 :	(続柄 :)	連絡先名 :	電話 :		
	③氏名 :	(続柄 :)	連絡先名 :	電話 :		
健康保険証番号	記号 :	番号 :	保険者番号 :			
お子さんのことを詳しくうかがいます (母子手帳等に基づいてご記入ください)。						
出産状態と 乳幼児期の発達	在胎 () 週 出生時体重 () g 分娩時の異常 : 有・無 首のすわり () か月頃 おすわり () か月頃 ひとり歩き () か月頃 譫のびまり () か月頃					
予防接種	□BCG(年 月) □四種混合(年 月、 年 月、 年 月) □MRワクチン(麻しん・風しん)(年 月、 年 月) □水痘(年 月、 年 月) □おたふくかぜ(年 月、 年 月) □その他(. 年 月、 . 年 月、 . 年 月)					
今までかかった 感染症	□麻しん □ポリオ □風しん □突発性発しん □水痘 □おたふくかぜ □百日せき □溶連菌感染症 □B型肝炎 (キャリアーを含む) □その他 ()					

《裏面もご記入ください》

様式第 1 号

その他、今までかかった病気等で注意すべきもの		<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(初回： 歳時、以後 回反復 最終： 年 月頃) <input type="checkbox"/> 喘息(<input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時だけ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
食物アレルギー		<input type="checkbox"/> 有 (アレルギー品目：) <input type="checkbox"/> 無 (アレルギーを起こしたときの症状：)	
普段の生活状態	食事	乳児	栄養法(<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合) 1回()cc 1日()回 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) 1日()回
		幼児	好きなもの() 嫌いなもの() 離乳完了(ヶ月) 食欲(<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食) 食事形態(<input type="checkbox"/> ひとりで食べる、 <input type="checkbox"/> 介助が必要)
	排せつ	<input type="checkbox"/> おむつ (<input type="checkbox"/> すべて <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 寝ているときのみ) <input type="checkbox"/> 自立 ※排せつの予告 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	睡眠	睡眠時間(昼 : ~ :)(夜 : ~ :) 寝つき(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否) 寝起き(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否) 寝るときの様子やくせ()	
	好きな遊びや遊び道具：		
<p>●お子さんの性格について具体的に書いてください。</p>			
<p>●その他、お子さんを預けるにあたって、担当職員に知っておいてほしいこと、気掛かりなこと及びご要望等があれば書いてください。</p>			

<以下、確認のうえ、□にレ印のうえ、署名をお願いいたします>

- 私は本事業の利用にあたって、別紙留意事項(「札幌市病児・病後児保育事業の利用をお考えの保護者の皆様へ」)を確認し、理解したうえで登録します。
- この登録書に記載した内容及び、利用にあたり提出する申込書・添付書類について、事業実施施設等関係者に情報提供されることについて同意いたします。

保護者署名： _____

----- (以下は、記入しないでください。) -----

(施設記入欄)

これまでの利用状況	利用期間	病名	備考
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		
	年 月 日～ 年 月 日		