

## 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	( ) (愛称: )		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年 月日	平成・令和 年 月 日生(歳か月)	
住 所	札幌市 区			電話 一		
保育状況	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> その他保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 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( )グラ 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 言葉のはじまり( )か月頃					
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG(年月) <input type="checkbox"/> ポリオ(年月) <input type="checkbox"/> 三種混合(年月、年月、年月) <input type="checkbox"/> MRワクチン(麻しん・風しん)(年月、年月) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう(年月) <input type="checkbox"/> おたふく(年月) <input type="checkbox"/> その他(年月、年月、年月、年月)					
今までかかった感染症	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> しょうこう熱 <input type="checkbox"/> B型肝炎(キャリアーを含む) <input type="checkbox"/> その他( )					

«裏面もご記入ください»

樣式第 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	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
	食事 bör・量	好きなもの( ) 嫌いなもの( ) 離乳完了( ケ月) 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：
		●お子さんの性格について具体的に書いてください。
●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。		

----- (以下は、記入しないでください。)

(施設記入欄)