

登録番号	
------	--

年 月 日

フリガナ 幼児・児童名		生年月日 年 月 日生		年齢 満 歳 ヶ月				
フリガナ 保護者氏名		住所 電話						
保育所等の名称		電話		かかりつけ医療機関名 電話				
家族関係		氏名	年齢	勤務先名	TEL・携帯	お子さんの 愛称		
	父							
	母							
	その他の家族						お子さんの 平熱 ℃	
	父方祖父					お子さん の 血液型 型 RH (+・-)		
	// 祖母							
	母方祖父							
// 祖母								
妊娠中の状態	異常なし・あり(妊娠中毒症・強いつわり・貧血・糖尿病・その他)							
分娩時の状態	異常なし・あり(鉗子・吸引・帝王切開・骨盤位・その他)							
出生時の記録	身長(cm)体重(g)未熟児(在胎週数 週)							
栄養の状態	哺乳方法:母乳 ヶ月まで・混合・人工 離乳開始: ヶ月							
出生時の状態	異常なし・あり(仮死・けいれん・黄疸・保育器・光線療法・代謝異常)							
発達の様子	首の座り	ヶ月	あやすと笑う	ヶ月	寝返り	ヶ月		
	ひとり座り	ヶ月	人見知り	ヶ月	はいはい	ヶ月		
	つかまり立ち	ヶ月	つたい歩き	ヶ月	ひとり立ち	ヶ月		
	ひとり歩き	ヶ月	歯の生えはじめ	ヶ月				
予防接種	ポリオ	1回	年 月 日	MR	(I) 年 月 日	日本脳炎		
		2回	年 月 日			初回	1回	年 月 日
		3回	年 月 日				2回	年 月 日
		追加	年 月 日		(II) 年 月 日	追加	年 月 日	
	三種混合	1回	年 月 日	麻疹	年 月 日	肺炎球菌	年 月 日	
		2回	年 月 日	風疹	年 月 日	ヒブ	年 月 日	
		3回	年 月 日	水痘	年 月 日	BCG	年 月 日	
		1期追加	年 月 日	おたふく	年 月 日		年 月 日	
	四種混合	1回	年 月 日		年 月 日			
		2回	年 月 日		年 月 日			
		3回	年 月 日		年 月 日			
		追加	年 月 日		年 月 日			

児童表裏面

既往歴	病名	年 月 日	病名	年 月 日	病名	年 月 日
	麻疹	年 月 日	溶連菌感染症	年 月 日	結膜炎	年 月 日
	風疹	年 月 日	手足口病	年 月 日	B型肝炎	年 月 日
	水痘	年 月 日	伝染性紅斑	年 月 日	突発性発疹	年 月 日
	流行性耳下腺炎	年 月 日	肺炎	年 月 日	中耳炎	年 月 日
	ひきつけ	無 有(有熱・無熱) 【これまで(回)最初(歳 ヶ月)最期(歳 ヶ月)】				
	その他 (大きな病気やけが)	傷病名 経過				
起こしやすい病気等	鼻出血 ・ 風邪をひきやすい ・ 下痢 ・ 脱臼 ・ じんましん アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ その他()					
食 事 用 具	スプーン ・ はし ・ 哺乳びん ・ マグマグ ・ ストロー ・ コップ					
偏 食 の 状 況	無 ・ 有()					
食 物 ア レ ル ギ ー	無 ・ 有(牛乳 ・ 卵 ・ 肉 ・ その他)					
その他のアレルギー						
除 去 食	牛乳 ・ 卵 ・ その他()					
喘 息	無 ・ 有(歳 ヶ月から 発作の回数 回)					
離 乳 食	1日(回) 朝 ・ 昼 ・ 夜 ごっくん・モグモグ・カミカミ					
睡 眠	1日(時間睡眠) 午睡:しない ・ する (1日 時間)					
排 泄 の 自 立	自立で排尿 できる ・ できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる) 自立で排便 できる ・ できない(オムツ・オマル・自分で伝えてできる)					
く せ ・ 性 格						
心配なこと又は配慮してほしいことがありましたらご記入してください。						