

提出日:令和 年 月 日

認定こども園 ゆいの詩内病児保育室利用登録票

新規登録 / 更新登録

フリガナ		フリガナ		印	
児童氏名		保護者氏名			
生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月) (性別 <input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女)				
緊急連絡先	フリガナ	続柄	TEL		
	①氏名				
	フリガナ	続柄	TEL		
	②氏名				
住所	〒 - 大阪府				
利用保育所等			TEL		
かかりつけ医	医療機関名:		TEL		
出生時の状況	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()				
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻疹【はしか】 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 水疱瘡(水痘)				
	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 肺炎				
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()				
入院歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳頃)/病名()/通った医療機関()				
定期薬	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり (疾患名:)/薬の名前()				
予防接種	<input type="checkbox"/> Hib(<input type="checkbox"/> 1回/ <input type="checkbox"/> 2回/ <input type="checkbox"/> 3回/ <input type="checkbox"/> 4回)		<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(<input type="checkbox"/> 1回/ <input type="checkbox"/> 2回/ <input type="checkbox"/> 3回)		
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌(<input type="checkbox"/> 1回/ <input type="checkbox"/> 2回/ <input type="checkbox"/> 3回/ <input type="checkbox"/> 追加)		<input type="checkbox"/> 水痘		
	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> 麻疹(<input type="checkbox"/> 1期/ <input type="checkbox"/> 2期)		
	<input type="checkbox"/> 四種混合(<input type="checkbox"/> 1回/ <input type="checkbox"/> 2回/ <input type="checkbox"/> 3回/ <input type="checkbox"/> 追加)		<input type="checkbox"/> 風疹(<input type="checkbox"/> 1期/ <input type="checkbox"/> 3期)		
	<input type="checkbox"/> 三種混合(<input type="checkbox"/> 1回/ <input type="checkbox"/> 2回/ <input type="checkbox"/> 3回/ <input type="checkbox"/> 追加)		<input type="checkbox"/> 日本脳炎(<input type="checkbox"/> 1期初回、1期追加)		
	<input type="checkbox"/> その他()				
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食材:) / アレルギー検査実施(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)				
	アレルギーありの場合は、食物アレルギー児における食品除去のための診断書を添付				
禁忌食材	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由:)				
食事	好きな食べ物:		嫌いな食べ物:		
	内容	主食	<input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜
		離乳食	<input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了 ※初期は安全性の観点から対応していません		
排泄	おむつ: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし トイレ時の留意点()				
睡眠時間	時間【日常的に概ねの睡眠時間】				
好きな遊び					
その他	【職員への伝達事項等】				
利用料金区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 (受給者証、非課税証明をご提出ください)				

