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:　　）	□男 □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（　　）ｸﾞﾗﾑ　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	□BCG（　年　月）□ポリオ（　年　月）□三種混合（　年　月、　年　月、　年　月） □MRワクチン(麻しん・風しん)（　年　月、　年　月）□水ぼうそう（　年　月） □おたふく（　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　□水ぼうそう　□おたふく風邪 □百日せき　□しょうこう熱　□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			□熱性けいれん(初回：　歳時、以後　　回反復　最終：　　年　　月頃) □喘息(□毎日服薬　□発作時だけ服薬　□服薬していない) □心臓病　□その他（　　）
食　物アレルギー			□有 → (アレルギー品目：　　) □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(□母乳　□人口　□混合)　１回(　　)cc　１日(　　)回 離乳食(□前期　□中期　□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(□旺盛　□普通　□小食)　食事形態(□ひとりで食べる、□介助が必要)
	排せつ		□おむつ（□すべて　□トイレトレーニング中　□寝ているときのみ) □自立　※排せつの予告（□有□無)
	睡　眠		睡眠時間(昼　：　～　：　)(夜　：　～　：　)寝つき(□良□否)　寝起き(□良□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）

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		
	年　月　日～　年　月　日		
	年　月　日～　年　月　日		
	年　月　日～　年　月　日		
	年　月　日～　年　月　日		