

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		— —	
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: _____						
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 譫のはじまり () か月頃						
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG(年 月) <input type="checkbox"/> 四種混合(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"/> 水痘(年 月、年 月) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(年 月、年 月) <input type="checkbox"/> その他(. 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"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <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》

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：		
●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、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		