

# 登 録 書

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			写真（保護者）		写真（本人）						
氏名											
生年月日	令和 年 月 日生	男 ・ 女									
現住所	〒 TEL										
生育所											
保護者名	(父)	才	緊急連絡先（優先順位）								
	(母)	才									
家族名（続柄）	( )	才						1	名前	続柄 ( )	連絡先 ( )
	( )	才						2	名前	続柄 ( )	連絡先 ( )
	( )	才	3	名前	続柄 ( )	連絡先 ( )					
	( )	才									
家庭での教育方針			かかりつけ医院								
			小児科	院名	TEL						
			眼 科	院名	TEL						
			科	院名	TEL						
集団生活の経験の有無	有 ・ 無		科	院名	TEL						
			科	院名	TEL						
利用理由 利用予定時間	就労・習い事・リフレッシュ・その他 ( ) 月・火・水・木・金 時間 : ~ :		科 院名 TEL								
			保 険 証	種類	国保 社保 その他 ( )						
				加入者番号	記号 番号						
			名称								

記入日 令和 年 月 日

生活	遊び	どんな遊びが好きですか？ 屋外： _____ 室内： _____ どんな玩具がすきですか？
	食事	好き嫌い      多い ・ 少しある ・ ない 自分で食べられますか？      食べられる ・ 介助が必要
	排泄	おむつはずれていますか？      はい ・ いいえ 排便： 普通 ・ やわらかめ ・ 硬い      回/日
	睡眠	PM      時頃      ～      AM      時頃      (よく寝る・眠りが浅い) 午前中に眠くなりますか？      なる ・ ならない
その他	乳児健診での指導内容	
	その他、幼稚園側が知っておいた方がよいと思われる健康状態など (腕が抜けやすいなど)	

健康	平熱	(      ) °C					
	身長	cm		体重      kg			
	予防注射 接種状況	DPT	年 月	日本脳炎	年 月 (      )年 月		
		BCG	年 月	MR	年 月 (      )年 月		
		ポリオ	年 月	(      )年 月	(      )年 月		
	今までに かかった 病気	はしか	才	おたふく	才 風疹	才	
		RS	才	肺炎	才	水ぼうそう	才
		その他の感染症		(      ) 才	(      ) 才	(      ) 才	
		(      ) 才	(      ) 才	(      ) 才	(      ) 才		
今までに した怪我							
喘息	有 (      才頃から )	・ 無					
アトピー	有 (      才頃から )	・ 無					
食物アレルギー	有 (      才頃から )	・ 無					
	⇒アレルギー食材 (      )						
熱誠痙攣	有	回 (      才頃)	・ 無				