児童登録票

登録番号No.

年　月　日登録　記入者氏名　　続柄　母・父・祖父母・その他（　）

登録児童	ふりがな 氏　名	男 女	生年月日	年　月　日 歳　か月
	住所　〒　－		電話（　－　－　）	
	通園・通学 施　設　名	未就園・（　　）一時・託児所・保育園・幼稚園・認定こども園・ 小学校		
	かかりつけ医	（　　）小児科・内科・病院　（　　）先生		

保護者等	①	ふりがな 氏　名　（　歳） 続　柄　母・父・祖父母・その他（　）	連絡先 自宅・携帯・勤務先 （　－　－　）	勤務先名
	②	ふりがな 氏　名　（　歳） 続　柄　母・父・祖父母・その他（　）	連絡先 自宅・携帯・勤務先 （　－　－　）	勤務先名
	③	ふりがな 氏　名　（　歳） 続　柄　母・父・祖父母・その他（　）	連絡先 自宅・携帯・勤務先 （　－　－　）	勤務先名

児童の兄弟姉妹	名前	生年月日 年　月　日	病後児保育　無・有（登録番号　） 子育て緊急ｻﾎﾟｰﾄ　無・有（登録番号　）	予備欄
	名前	生年月日 年　月　日	病後児保育　無・有（登録番号　） 子育て緊急ｻﾎﾟｰﾄ　無・有（登録番号　）	
	名前	生年月日 年　月　日	病後児保育　無・有（登録番号　） 子育て緊急ｻﾎﾟｰﾄ　無・有（登録番号　）	
家族	上記以外に同居の家族がいる場合は記入してください。			

周産期

※この欄は、当該児童が就学前の場合のみ記入してください。

出生時体重　　グラム

出産前後の異常　無　・　有（具体的に：　　）

今までにかかった病気

※当てはまるところに✓を入れてください。

□水疱（水ぼうそう）　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　□アトピー性皮膚炎

□突発性発疹　□Ｂ型肝炎

□喘息・喘息様気管支炎（内服なし・毎日あり・悪化時のみ・吸入）

□その他（　　）

□熱性けいれん　最後はいつでしたか　歳　か月（　回目）・治療（　　）

□けいれん　最後はいつでしたか　歳　か月（　回目）・治療（　　）

□アレルギー　無・有（原因　　）

	病名	病院	月齢	入院期間	生活で気を付けること
入院			歳　か月		完治・経過観察中

その他

※気になること、心配なこと、好きな遊びなど