

児童登録票

記入日：R 年 月 日

カルテNo

フリガナ			血液型	写真
氏名			男・女 型	
生年月日	H・R 年 月 日	加入医療保険	乳幼児医療費 助成金受給 資格者証	
園名	名称	種別	あり・なし	
	記号番号	国保・社保・健保・日雇 船員・共済・組合		

住民票住所	〒	世帯主	電話	☎
フリガナ		フリガナ		
母親		父親		
携帯		携帯		
勤務先		勤務先		
勤務先住所		勤務先住所		
勤務先電話		勤務先電話		
家族構成（同居のみ）	父・母・祖父・祖母・兄姉（ ）人・弟妹（ ）人・他（ ）			

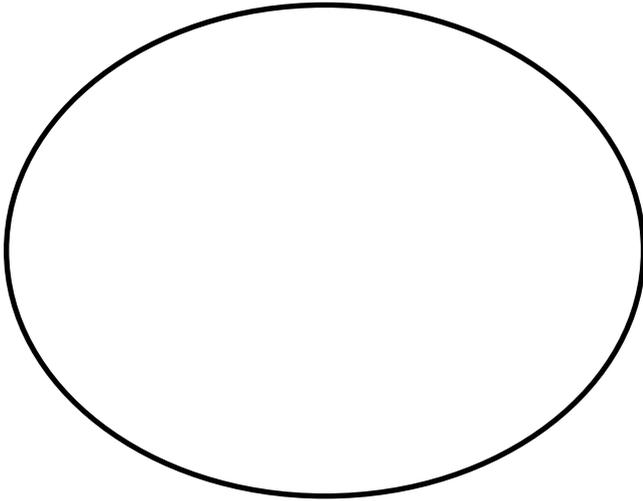
出生・出産	出生時体重（ ）g	在胎週数（ ）週	
今までに発達や発育に関して 指導や指摘を受けたことは ありますか？	あり・なし	いつ頃ですか？（ ） 内容・診断名	
アレルギー （あり・なし）	食物：牛乳・卵白・卵黄・大豆・小麦・その他（ ） ハウスダスト・ダニ・スギ・ヒノキ・薬剤（ ）・その他（ ） 備考		
熱性けいれん （あり・なし）	回数（ ）回・初回発作（ 歳 ヶ月）・最終発作（ 歳 ヶ月） 予防投与（指示あり〔 〕・なし）		
既往歴	病名	年月日	入院・通院先
常用薬	内服		世帯の種類※当てはまるものに○を付けてください 1) 生活保護世帯（ ） 2) 住民税非課税世帯（ ） 3) 所得税非課税世帯（ ） 4) 上記を除く（ ）
	外用		
	坐薬		
	吸入		

※処方薬がある場合、ジェネリック医薬品を希望しますか？（ 希望します ・ 希望しません ）

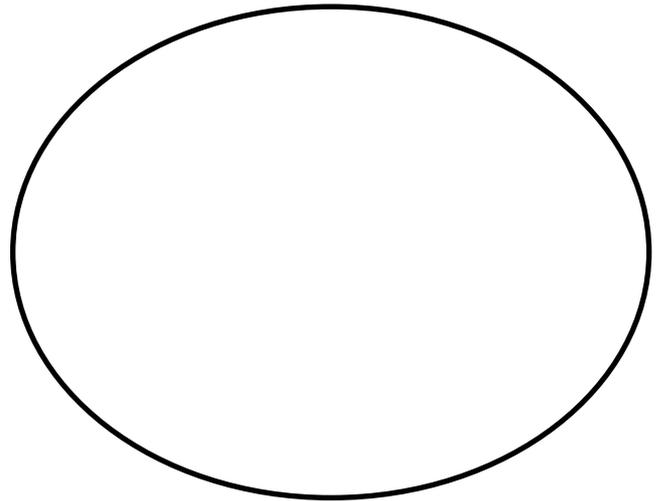
予防接種	BCG・小児用肺炎球菌（1・2・3・4）・ヒブ（1・2・3・4）・B型肝炎（1・2・3）
	四種混合（1・2・3・4）・五種混合（1・2・3・4）（1・2・3・4）・MR（1・2）
	日本脳炎（1・2・3・追加）・みずぼうそう（1・2）・ロタ（1・2・3）
	その他（インフルエンザ・おたふくかぜ）
感染症歴	はしか・風疹・みずぼうそう・おたふくかぜ・百日咳・B型肝炎・その他（ ）

備考欄	
-----	--

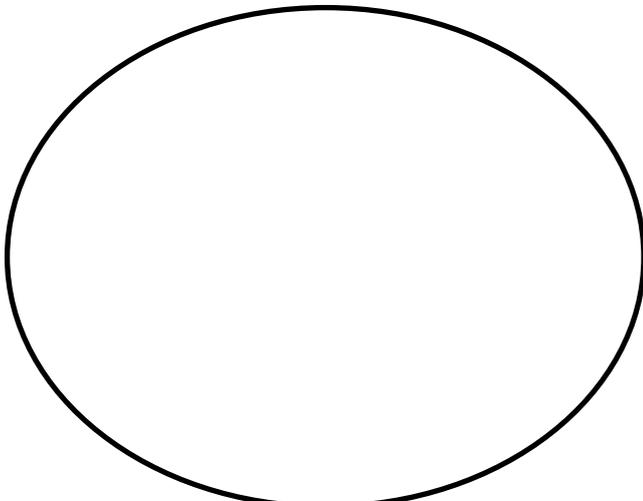
家族確認票（送迎者）



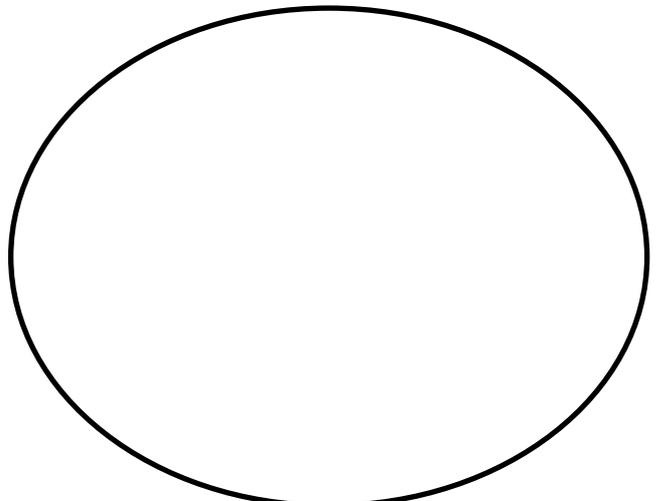
続柄()氏名()
携帯番号()



続柄()氏名()
携帯番号()



続柄()氏名()
携帯番号()



続柄()氏名()
携帯番号()

※顔写真の添付をお願いします