

まつしま病院 一時保育室 登録票

※太枠内をご記入ください

保護者名 _____

登録 児童	ふりがな		性別	生 年 月 日
	氏 名		男 女	年 月 日 (歳 か月)
	自宅住所：(〒 -) 東京都 区			
	電話番号： ()			
	通園施設名	() 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校		
かかりつけ医	電話 ()			
既往歴 (今までにかかった病気の番号に○と【 】に内容を書いてください)				
1 突発性発疹症	7 喘息・喘息性気管支炎【毎日薬を飲んでいる・発作時だけ・飲んでいない】			
2 麻疹 (はしか)	8 熱性けいれん【初回 歳 か月・最後 歳 か月・これまで 回】			
3 風疹 (三日ばしか)	【坐薬の指示 なし・あり】			
4 水ぼうそう	家族の熱性痙攣既往歴 なし・あり【父・母・ 】			
5 おたふくかぜ	9 アレルギー食物【卵・乳製品・小麦・大豆・その他 】			
6 アトピー性皮膚炎	その他【ハウスダスト・ダニ・スギ】 食事制限 無・有()			
入院歴 なし・あり (歳 か月：病名) (歳 か月：病名)				
常時使用している薬 なし・あり (病名 薬の名前 1日 回)				
その他 (先天性疾患、心配なこと、配慮してほしい事について記入してください)				

利用記録 (保育士記入欄)

利用日	利用時間	1日の様子 申し送り事項等
年 月 日	: ~ :	
年 月 日	: ~ :	
年 月 日	: ~ :	
年 月 日	: ~ :	

利用日	利用時間	1日の様子 申し送り事項等
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	： ～ ：	