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　平成　　年　　月　　日　　記入者氏名						
(フリガナ) 児童氏名	(　　) (愛称:　　)	□男 □女	生年 月日	平成 年　月　日生(　歳　か月)		
住　　所	札幌市　　区　　電話　　－					
保育状況	□小学校　□認可保育所　□その他保育施設　□幼稚園　□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：					
健康保険証番号	記号：　　番号：　　保険者番号：					
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（　　）グラム　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　言葉のはじまり(　)か月頃					
予防接種	□BCG(　年　月)□ポリオ(　年　月)□三種混合(　年　月、　年　月、　年　月) □MRワクチン(麻しん・風しん)(　年　月、　年　月)□水ぼうそう(　年　月) □おたふく(　年　月)□その他(　　・　年　月、　　・　年　月、　　・　年　月)					
今までかかった感染症	□麻しん　□ポリオ　□風しん　□突発性発しん　□水ぼうそう　□おたふく風邪 □百日せき　□しょうこう熱　□B型肝炎（キャリアーを含む） □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		□熱性けいれん（初回：　歳時、以後　　回反復　最終：　　年　　月頃） □喘息（□毎日服薬　□発作時だけ服薬　□服薬していない） □心臓病　□その他（　　）
食　物アレルギー		□有 → （アレルギー品目：　　） □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（□母乳　□人口　□混合）　１回（　　）cc　１日（　　）回 離乳食（□前期　□中期　□後期）　１日（　　）回
	食事　幼・児	好きなもの（　　）　嫌いなもの（　　）　離乳完了（　　ヶ月） 食欲（□旺盛　□普通　□小食）　食事形態（□ひとりで食べる、□介助が必要）
	排せつ	□おむつ（□すべて　□トイレトレーニング中　□寝ているときのみ） □自立　※排せつの予告（□有□無）
	睡　眠	睡眠時間（昼　：　～　：　）（夜　：　～　：　）寝つき（□良□否）　寝起き（□良□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。

---------- （以下は、記入しないでください。） ----------

（施設記入欄）

	利　用　期　間	病　　名	備　　考
これまでの利用状況	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		
	年　月　日～　年　月　日		
	年　月　日～　年　月　日		
	年　月　日～　年　月　日		