

定期利用保育児童登録カード

記入日 平成 年 月 日

登録児童名（ふりがな）	性別	生年月日 平成 年 月 日	在籍園名
住所			電話番号
父氏名（ふりがな）	勤務先	勤務時間 : ~ :	
	所在地	電話番号	
母氏名（ふりがな）	勤務先	勤務時間 : ~ :	
	所在地	電話番号	
利用曜日及び時間			

大きな災害時・保護者に異常事態が起きたときのひきとり人

氏名（ふりがな）	続柄	住所	電話番号
氏名（ふりがな）	続柄	住所	電話番号

かかりつけの病院名	住所	電話番号
（内科）		
（外科）		
（歯科）		

〔 保険証及び乳幼児医療証は、承諾決定後に提出してください。〕

保険証のコピー貼付欄	乳幼児医療証のコピー貼付欄
------------	---------------

申込児童の状況（該当する箇所に 印又は記入をしてください。）

発達について

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. 心身ともに順調に発達している
(いいえ・はい) | 9. 自閉的傾向があるように思われる
(いいえ・はい) |
| 2. 首のすわり か月ころ | 10. 情緒不安定と思われる |
| 3. 歩行開始 才 か月ころ
(いいえ・はい) | |
| 4. 知的発達の遅れがあると思われる
(いいえ・はい) | 11. 医療機関等に通院又は相談している(いた)
(いいえ・はい) |
| 5. 言葉が遅れているように思われる
(いいえ・はい) | 医療機関等の名称 _____ |
| 6. 目がよく見えないように思われる
(いいえ・はい) | 傷病名等 _____ |
| 7. 耳がよく聞こえないように思われる
(いいえ・はい) | 通院又は通所(週・月) _____ 回 |
| 8. 肢体不自由と思われる
(いいえ・はい) | 12. 障害者手帳・愛の手帳を持っている
(いいえ・はい) |
| | 障害名 _____ |
| | 障害等級 _____ 級・度 |

健康状態について

1. 平熱 ()
2. アレルギーがある (いいえ・はい)
- () アトピー性皮膚炎 服薬(ある・ない) 塗布薬(ある・ない)
- () ぜんそく 服薬(ある・ない)
- () 食べ物(卵・牛乳・そば・大豆・小麦・その他())
- () その他()
3. けいれん発作を起こしたことがある(いいえ・はい)
- () 熱性けいれん (才ころ・ 回) 最終年月日()
- 服薬(ある・ない) 坐薬(ある・ない)
- () てんかん (才ころ・ 回) 最終年月日()
- 服薬(ある・ない) 坐薬(ある・ない)
- () その他()
4. 関節がはずれたことがある (いいえ・はい)(部位)
5. 継続して飲んでいいる薬がある (いいえ・はい)(病名)

検診のときに相談したことや指摘された内容やその他気になる点がありましたら具体的に記入してください。
