

登録票（面接用）

登録 NO.

受付 年 月 日

フリガナ 保護者氏名		フリガナ 児童氏名 生年月日 年 月 日 歳 (男・女) 呼び名			
住所 〒			電話番号		
家族 の 状 況	氏 名	年齢	続 柄	職業・学校等	備 考
緊急連絡先		1			
		2			
かかり つけ医	病 院 名	住 所		電 話 番 号	
	①				
	②				

☆一日の過ごし方を教えてください☆

- | | | | | | |
|------|---|---|------|---|---|
| ・起床 | 時 | 分 | ・おやつ | 時 | 分 |
| ・朝食 | 時 | 分 | ・夕食 | 時 | 分 |
| ・昼食 | 時 | 分 | ・就寝 | 時 | 分 |
| ・お昼寝 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |

☆好きな遊びを教えてください

☆人見知りをしますか？

☆お子さんが安心する方法はありますか？（例：抱き方やあやし方など）

☆トイレはどうしていますか？ オムツ ・ パンツ ・ オマル・洋式便座(女の子)・

立って(男の子)

☆寝かしつけはどうしていますか？ おんぶ・抱く・添い寝・ひとり寝

☆眠る時必要なものがありますか？ _____

☆食事はどうやってたべますか？ 手づかみ ・ スプーン ・ フォーク ・ 箸

☆食物のアレルギーはありますか？ 無 ・ 有

有の場合 ; 診断名

食品名

症 状

留意点

アナフィラキシーショック 無 ・ 有

☆既往症について教えてください

既 往 症	かかったかどうか
突発性発疹	はい ・ いいえ
はしか	はい ・ いいえ
風疹	はい ・ いいえ
みずぼうそう	はい ・ いいえ
おたふくかぜ	はい ・ いいえ
肺炎・気管支炎	はい ・ いいえ
脱臼	はい ・ いいえ
心臓病(病名)	はい ・ いいえ
ひきつけ	はい ・ いいえ
喘息	はい ・ いいえ
その他()	はい ・ いいえ
入院した病気 ()	はい ・ いいえ

☆育児や健康面で心配なことがありましたらご記入ください