

【記入例】 ※すべて詳しく記入して下さい ダウンロードした場合は2枚になります

# 令和 8 年度 病後児保育室利用登録票

在園児以外の方は  
年度ごとに必要です

ふりがな <b>ふたば ひまわり</b>	男	生年月日	お子さんの愛称
利用児童名 <b>双葉 向日葵</b>	<b>女</b>	H <b>6</b> 年 <b>8</b> 月 <b>1</b> 日生	<b>ひまちゃん</b>
緊急連絡先 ☎ <b>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</b>		続柄( <b>母</b> )	

必ず連絡がつながる所  
を記入して下さい

※テオテにご登録がない保護者のみご記入ください。(例:母が登録→父のみ記入)				
保 護 者	父	ふりがな <b>ふたば たろう</b>	母	ふりがな
		氏名 <b>双葉 太郎</b>		氏名
	勤務先	名称 <b>〇〇会社</b> 住所 <b>高岡市〇〇町△-△</b> ☎ ( <b>〇〇</b> ) <b>〇〇〇〇</b> (内線 )	勤務先	名称 住所 ☎ ( ) (内線 )
		携帯番号 <b>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</b>		携帯番号

食物・薬等アレルギー・既往歴など ※あてはまるところに レチェックまたは記入してください。

食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( ) アナフィラキシー → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> 以前食物アレルギーあり → <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他( )
薬物アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(薬剤名 ) その時の症状( )
その他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 花粉症( ) <input type="checkbox"/> 動物( ) <input type="checkbox"/> その他( ) 治療中の薬 <input checked="" type="checkbox"/> 外用薬( <b>ぬり薬</b> ・ 点鼻薬 ・ 点眼薬 ) → 薬剤名( <b>ロコイド・ヒルドイドソフト</b> ) <input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 症状がひどい時
喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 内服薬 → 薬剤名( <b>シングレア</b> ) <input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 咳がひどい時 <input checked="" type="checkbox"/> 吸入 → 薬剤名( <b>パルミコート</b> ) <input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> 貼り薬 → 薬剤名( ) <input type="checkbox"/> 毎日 ・ <input type="checkbox"/> 咳がひどい時
熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	初回( 歳 <b>8</b> ヶ月) 最終( 歳 <b>8</b> ヶ月) これまでに ( <b>1</b> ) 回 座薬 → <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名( mg )
脱臼	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 右ひじ( <b>1</b> 回) <input type="checkbox"/> 左ひじ( 回) <input type="checkbox"/> その他の部位( / 右・左 )( 回)
その他病気	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	病名( ) かかりつけ医( ) 治療中の薬 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名( ) 病名( ) かかりつけ医( ) 治療中の薬 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤名( )
入院	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	病名 ( <b>心室中隔欠損症</b> ) <b>1</b> 歳 <b>5</b> ヶ月 病名 ( ) 歳 ヶ月
手術・縫う 抜歯	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 縫う <input type="checkbox"/> 抜歯 部位 ( <b>心臓 心室中隔欠損症</b> ) <b>1</b> 歳 <b>5</b> ヶ月 その時、麻酔で異常 → <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
輸血	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	歳 ヶ月 その時、輸血で異常 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
蜂さされ	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	歳 ヶ月 これまでに ( ) 回

備考欄 (特異体質、気になること、配慮してほしいことなどをお書き下さい。)

【例】 気管が弱いので、咳が出るとしばらく続きます

**【記入例】 ※すべて詳しく記入して下さい**

令和 8 年度 病後児保育室利用登録票

利用児童名 **双葉 向日葵**

出生時の状況 ※あてはまるところに 記入または○を付けてください。

体重	1800 g	身長	43 cm	分娩	正常・異常( )・ <b>早産</b> 8か月
----	--------	----	-------	----	-------------------------

生活状況 ※あてはまるところに レチェックまたは記入してください

食事について	種類	<input type="checkbox"/> ミルク(1回 _____cc _____時間おき) ミルク名( ) <input type="checkbox"/> 母乳(_____時間おき) <input type="checkbox"/> 離乳食( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 1日____回) <input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 除去食( <b>卵</b> )				
	とり方	<input checked="" type="checkbox"/> 自分で食べる( <input type="checkbox"/> はし <input checked="" type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 食べさせる)				
		偏食	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有( <b>野菜が嫌い</b> )			
		食事量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 少ない			
排泄について	食事による特異体質	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )				
	<input type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 一人でトイレに行ける ( <input type="checkbox"/> 自分でふける <input type="checkbox"/> ふいてもらう )					
	排尿間隔	( <b>1~2</b> )時間おき				
	日頃の便の状態	<input type="checkbox"/> 硬便 <input checked="" type="checkbox"/> 普通便 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢便				
	日頃の便の色	<input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 黒色 <input checked="" type="checkbox"/> 茶褐色 <input type="checkbox"/> 緑色				
つ睡 い眠 てに	日頃の便の回数	( <b>1</b> )回/日				
	時間	・( <b>21</b> )時~( <b>6</b> )時頃 ・( <b>13</b> )時~( <b>14</b> )時頃				
	寝つき	<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い				
その他	寝かせ方	<input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 授乳しながら <input checked="" type="checkbox"/> トントンしながら <input type="checkbox"/> その他( )				
	好きな遊び、玩具	<b>おままごと</b>				
	平熱	( <b>36.5</b> )℃				

※その他気になること、配慮してほしいことがあればお書き下さい。(くせ、配慮することなど)

【例】 お昼寝の時はオムツにして下さい

記入例

時間	AM 6	7	8	9	10	11	PM 12	1	2	3	4	5	6
睡眠 排泄 食事 等	起床	朝食		お お や む つ つ	交 換	睡眠	昼 食	お む つ つ	交 換	睡眠	お お や む つ つ	交 換	お お む つ つ

家庭でのいつもの様子を記入して下さい

時間	AM 6	7	8	9	10	11	PM 12	1	2	3	4	5	6
睡眠 排泄 食事 等	起 床 ト イ レ	朝 食	ト イ レ	お や つ	ト イ レ		昼 食 ト イ レ		睡 眠	ト お や つ レ		ト イ レ	