

Dreamy Kids 登録児童票

登録日: 年 月 日

※記入した「登録票」持参又はFAX 03-3776-8610、メール送信等で登録OK

<input checked="" type="checkbox"/> スタッフ確認欄	<input type="checkbox"/> 写真	<input type="checkbox"/> 同意書
<input type="checkbox"/> ノート	<input type="checkbox"/> 分布図	<input type="checkbox"/> バンド

齋藤医院の 診察券番号			<input type="checkbox"/> 診察券なし
利用児 氏名	(フリガナ)		性別
			○ 男 ○ 女
生年月日	西暦	年 月 日生 (才)	愛称(呼び方)
ご自宅住所	〒		ご自宅電話番号
通園の有無 幼稚園 保育園 小学校	<input type="checkbox"/> 通園・通学中 (園名(校名):) <input type="checkbox"/> 通園予定: 通園予定園名() (年 月より通園予定) <input type="checkbox"/> 通園していない		
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 当院(齋藤医院) <input type="checkbox"/> その他: (医療機関名:)		

緊急連絡先:送迎者

母親	母・携帯電話		父親	父・携帯電話	
	勤務先名			勤務先名	
	勤務先電話番号			勤務先電話番号	
	勤務先最寄り駅			勤務先最寄り駅	

● 病児保育利用時に保護者(父・母)以外の方の送迎の可能性

なし あり (実際に保護者以外の送迎の際は、その方の「ご連絡先」「顔写真」をご持参下さい)

お子様について

● 利用児の兄弟関係について		
(名前:)	(名前:)	(名前:)
(西暦 年生まれ)	(西暦 年生まれ)	(西暦 年生まれ)
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 卵白 <input type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 麦 <input type="checkbox"/> 他() →現在の摂取状況() <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> スギ <input type="checkbox"/> ヒノキ <input type="checkbox"/> くすり()	
けいれん歴	【 これまでに 回 痙攣あり。最後の痙攣は 年 月 日 】 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 ()	
出生・出産	●出生時体重 g ●妊娠週数 週 ●分娩 ○ 自然分娩 ○ 帝王切開 ○ その他() ●新生児期の症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多呼吸 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 嘔吐	
発達・発育	首のすわり カ月頃 寝返り カ月頃 おすわり カ月頃 はいはい カ月頃 つかまり立ち カ月頃 つたい歩き カ月頃 一人歩き カ月頃	
今までに言われた病名はありますか?	病名	投薬状況
	飲んでる薬	年齢
		才 月
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

体質や心配なこと、 発達で配慮してほしいこと、 苦手なことなど 具体的に教えて下さい	
好きなキャラクター 好きなおもちゃ、遊び、 得意なことを教えて下さい	
備考欄(その他の特記事項 やご兄弟の情報など)	

別紙の同意書の内容を全て確認、了承しました。上記内容で、登録します。

登録内容(住所・氏名・連絡先・お勤め先・アレルギー情報・痙攣情報など)に変更が生じた場合は、利用時に必ずお知らせください。

