



LaLaLu 利用登録票

登録番号	
登録日	20 年 月

- ・初回利用時にご記入いただきます
- ・内容に変更のあった場合は、利用時にその旨をお伝えください。(住所・氏名・連絡先など)

(フリガナ) 登録児童 氏名		生年月日		20 年 月 日	
住所		〒		電話番号	
保護者の 緊急連絡先		(フリガナ) 保護者氏名		続柄	
勤務先		名称		勤務先	
		住所			
		電話			
携帯電話				携帯電話	
<u>保護者以外の 緊急連絡先</u>		(フリガナ) 氏名		児童との関係	
				電話番号	
緊急連絡先の 優先順位 <u>カッコ内に優先順位を記入</u>		母勤務先 ()	母携帯 ()	父勤務先 ()	父携帯 ()
かかりつけ医療機関		名称		電話番号	
		住所			
出生・出産時の状況		分娩経過	自然分娩・帝王切開・その他 ()		
		出生体重	g	妊娠週数	数
予防接種		ヒブ(Hib)	未・(1・2・3・追加)	水痘	未・(1・2)
		小児肺炎球菌	未・(1・2・3・追加)	日本脳炎	未・(I期1・2・追加) (II期)
		B型肝炎	未・(1・2・3)	ロタウイルス	未・済
		__種混合	未・(1・2・3・追加)	おたふく	未・済
		BCG	未・済	その他()	未・済(回)
		MR (麻疹・風疹)	I期・II期		
感染症歴		突発性発疹	未・済	みずぼうそう	未・済
		はしか	未・済	おたふく	未・済
		風疹(三日はしか)	未・済	()	未・済
		百日咳	未・済	()	未・済

熱性けいれん	有・無		今回までの発作回数		回	
	初回は、		歳	ヶ月の時	最後の発作は、	歳
喘息	有・無		毎日使用している薬			
			発作の時の薬			
アトピー性皮膚炎	有・無		使用している薬		塗り薬・飲み薬・無	
			食事療法		実施している・実施していない (詳しくは下記のアレルギー欄に記入してください)	
既往症		病名		年齢	入院の有・無	
	1			歳	有・無	
	2			歳	有・無	
	3			歳	有・無	
	4			歳	有・無	
常時服用している薬 (喘息アレルギーは除く)	内服					
	外用					
	座薬					
	吸入					
	その他					
生活習慣	排便回数		回/日	便意	知らせる・時々知らせる・知らせない	
	排便サイン					
	尿意回数		回/日	尿意	知らせる・時々知らせる・知らせない	
	尿意サイン					
	衣服脱着		着替えさせる・手伝うと自分でできる・全て自分でできる			
	昼寝		時間	寝かせ方	1人寝・添い寝・その他	
	睡眠のくせ					
	人見知り					
	好きな遊び					
	好きな玩具					
現在の食事内容	食事量		よく食べる・普通・食が細い			
	食事方法		1人で食べられる・1人で食べようとする・食べさせる			
	食事道具		はし・スプーンフォーク・手			
アレルギーの状況	食物		有(食品名)・無 食事制限の程度や内容()			
	薬		有(薬品名)・無			
	環境		有(ダニ・ハウスダスト・動物・その他:)・無			
発達上、気になることはありますか?						
その他配慮事項があればご記入ください						

