



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 ()	
		保護者以外の 緊急連絡先 ()			
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)	
		小児肺炎球菌		未・(1・2・3・追加)	
		B型肝炎		未・(1・2・3)	
		__種混合		未・(1・2・3・追加)	
		BCG		未・済	
		MR (麻疹・風疹)		I期・II期	
		水痘		未・(1・2)	
		日本脳炎		未・(I期1・2・追加) (II期)	
		ロタウイルス		未・済	
		おたふく		未・済	
		その他()		未・済(回)	
感染症歴		突発性発疹		未・済	
		はしか		未・済	
		風疹(三日はしか)		未・済	
		百日咳		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					

