

【 記入例 】

※記入漏れのないよう確認して下さい（登録番号・初回利用日は空欄）

フリガナ	ダンケ ハナコ		生年月日	H R	4年 4月 2日生
氏名	暖家 花子		初回利用日		年 月 日
愛称	はなちゃん				
住所	〒 939-0666 入善町高富269				
電話番号	0765-12-3456		保育施設名	だんけ保育所	
母親	フリガナ氏名	ダンケ アイコ	勤務先名	嶋田医院	
	携帯TEL	090-1234-5678	勤務先TEL	76-0121	
父親	フリガナ氏名	ダンケ シンタロウ	勤務先名	(株) しまだ	
	携帯TEL	080-1234-5678	勤務先TEL	76-0121	
家族構成	計 5人 : 内訳(父、母、兄、祖母)				
主治医名	よく診てもらう医院があれば記入してください				
出生・出産	分娩経過	(自然分娩)・市工初産・その他( )			
	出生時体重	3250g	妊娠周数	39週 4日	
発達	首のすわり	3ヶ月	つかまり立ち	10ヶ月	
	寝返り	5ヶ月	伝い歩き	11ヶ月	
	おすわり	7ヶ月	一人歩き	1歳 2ヶ月	
	はいはい	9ヶ月			
予防接種	Hib	未・①・②・③追加	麻疹・風疹	未・①・②	
	球菌	未・①・②・③追加	みずぼうそう	未・①・②	
	四種混合	未・①・②・③追加	おたふく	未・①・②	
	BCG	未・済	B型肝炎	未・①・②・③	
感染症歴	日本脳炎	(未)・①・②追加	ロタウイルス	未・①・②・③	
	麻疹(はしか)	(未)・済	風疹	(未)・済	
	みずぼうそう	(未)・済	百日咳		
突発性発疹	おたふく	(未)・済	B型肝炎		
		(有)・無	その他	分かりやすいかと思えます	
熱性痙攣	回数	1回	初回	歳 8ヶ月	
			最後	歳 ヶ月	
既往歴	病名		年齢	入院の有無	
	1	川崎病	1歳1か月	有り(一週間)	
	2				
常備薬	3				
	内服				
	外用				
	坐薬				
吸入					

受けた回数に○を

感染症歴は記入漏れの多い箇所のため

罹ったことがある場合詳しく

記入してください

生活習慣	排便回数	2回	便意	知らせる・知らせる時もある (知らせない)	
	排便サイン			ふんばる・泣いてくずる	
	排尿回数	6回	尿意	知らせる・知らせる時もある (知らせない)	
	排尿サイン			なし	
	衣服着脱			(着替えさせる)手伝えば自分で出来る・自分で出来る	
	昼寝	2時間		寝方(1人寝・添い寝・抱っこ)	
	睡眠のくせ			目をこする	
	人見知り			しない・する・(激しくする)	
	好きな遊び			ボール、手遊び	
	好きなおもちゃ			音の鳴るおもちゃ、アンパンマンの本	
保護者から見た性格			おとなしい、頑固		
その他配慮事項			何でも口に入れるので注意が必要 指しゃぶりて安心する		
授乳	食事量	(よく食べる)・普通・食が細い			
	食事方法	1人で食べる (1人で食べようとする)・(食べさせる)			
	食事道具	はし・スプーンとフォーク (手)			
	授乳内容	(ミルク)・母乳・混合	授乳時間	約10分	
アレルギー	授乳量	150cc	授乳回数	寝る前に1回/	
	乳食開始時期	6ヶ月~	離乳食回数	3回/	
	離乳食内容	初期・中期 (後期)・大人と同じ			
アレルギー	食物	(有)(卵)・( )・( ) 食事制限の程度 保育所では全除去 家で少し食べてい			
	薬	有 薬品名: ( )・( )			
	環境	有 ダニ・ハウスダスト・動物・その他 ( )・( )			
※小麦アレルギー:缶詰に入っている場合 誤食を防ぐ為、アレルギーや 食べたことが無い食材チェックは詳しく記入して下					
まだ食べてない食物があればチェックしてください。 アレルギーの場合はアレルギー欄に表示)					
(卵)・牛乳・小麦・(そば)・(落花生)・(エビ)・(カニ)・バナナ (桃) りんご・大豆・ゴマ・(山芋)・(イカ)・(鮭)・(さけ)・(鯖)・(さば) ・鶏肉 牛肉・豚肉・ゼラチン					

授乳の欄はなければ

空欄で良いです

母子手帳を見て記入されると

※小麦アレルギー:缶詰に入っている場合

誤食を防ぐ為、アレルギーや

食べたことが無い食材チェックは詳しく記入して下

まだ食べてない食物があればチェックしてください。  
アレルギーの場合はアレルギー欄に表示)

(卵)・牛乳・小麦・(そば)・(落花生)・(エビ)・(カニ)・バナナ  
(桃) りんご・大豆・ゴマ・(山芋)・(イカ)・(鮭)・(さけ)・(鯖)・(さば)  
・鶏肉 牛肉・豚肉・ゼラチン

そのまま・温め・混ぜて・だしとしてなど様々だと思いますので、登録の際確認させて下さい。

※記入された用紙を暖家に直接提出し登録完了となります。



ご記入例 ※漏れのないよう全ての欄ご記入、ご確認の上提出してください。(登録番号、初回利用日は空欄)

### 子どもデイケア『暖家』登録用紙

※内容に変更のあった時は、利用時にその旨お伝え下さい。(感染症・予防接種・電話番号等)  
登録番号

フリガナ 氏名	カンケ ハナコ 暖家 花子	生年月日	H29年 5月 1日生
愛称	はなちゃん	初回 利用日	年 月 日
住所	〒939-666 富山県下新川郡入善町高畠269		
電話番号	0765-76-0000	保育施設名	〇〇保育所
母親	フリガナ 氏名	勤務先名	山島田医院
	暖家 幸子	勤務先Tel	76-0121
父親	フリガナ 氏名	勤務先名	(株)YKK
	暖家 幸男	勤務先Tel	74-0000
家族構成	計 3 人 : 内訳(父、母、本人)		
主治医名	よく診てもらう医院があれば記入してください (例) 嶋田医院		
出生・出産	分娩経路 (自然分娩・帝王切開・その他)	自然分娩	
	出生時体重	2970 g	妊娠周数 39 週 0 日
発達	首のすわり	3 ヶ月	つかまり立ち 10 ヶ月
	寝返り	5 ヶ月	伝い歩き 11 ヶ月
	おすわり	7 ヶ月	一人歩き 〇 ヶ月
	はいはい	9 ヶ月	
予防接種	Hib	未・①②③追加	麻疹・風疹 未・①・②
	肺炎球菌	未・①②③追加	みずぼうそう (未・①・②)
	四種混合	未・①②③追加	おたふく (未・①・②)
	BCG	未・済	B型肝炎 未・①・②・③
感染症歴	日本脳炎	(未)①②追加	ロタウイルス 未・①・②・③
	麻疹(はしか)	(未)・済	風疹 (未)・済
	みずぼうそう	(未)・済	百日咳 なし
突発性発疹	おたふく	(未)・済	B型肝炎 なし
	その他	なし	なし
熱性痙攣	有・(無)	初回	歳 月 日
	回数	回	最後 歳 月 日
既往歴	病名	年齢	入院の有無
	1		
	2		
常備薬	内服	なし	
	外用	"	
	坐薬	"	
	吸入	"	

受けた回数に○を

母子手帳をみて記入  
されるとわかり  
やすいかと思えます

感染症歴は記入漏れの多いところです。  
かかった事がない場合は「なし」「未」  
と記入ください

※何もない場合「なし」、あれば記入してください

生活習慣	排便回数	1 回	便意	知らせる・知らせる時もある・知らせない
	排便サイン			ふんばる。泣いて出す時もある
	排尿回数	6 回	尿意	知らせる・知らせる時もある・知らせない
	排尿サイン			なし
	衣服着脱			着替えさせる・手伝え自分で出来る・自分で出来る
	昼寝	2 時間		寝かせ方(1人寝・添い寝)
	睡眠のくせ			目をこする。頭をかく
	人見知り			しない・する・激しくする
	好きな遊び			手遊び
	好きなおもちゃ			ままごと、昔のなるおもちゃ
保護者から見た性格	色々なことに興味深々。 おとなしそうで、意外に頑固。			
	その他配慮事項	特になし		
食事	食事量	よく食べる・普通・食が細い		
	食事方法	1人で食べる・1人で食べようとする・食べさせる		
	食事道具	はし・スプ(ン)とフォーク(手)		
	授乳内容	ミルク・母乳・混合	授乳時間	約5分
	授乳量	100 cc	授乳回数	1(夜)回/日
	離乳食開始時期	6 ヶ月~	離乳食回数	3 回/日
離乳食内容	初期・中期・後期・大人と同じ			
アレルギー	食物	有(卵)・無		
	薬	有(薬品名: )・無		
	環境	有(ダニ・ハウスダスト・動物・その他)・無		

授乳の欄は必要なければ空欄で良いです

記入された用紙を暖家に直接提出し登録完了となります。

## 情報記入用紙

※太枠線内をご記入下さい。

登録児氏名	性別	生年月日	利用年月日
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	年 月 日生	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 女	歳 ヶ月	登録番号

  

現在の症状	今回の病気の経過 月 日頃より発症
	昨夜の熱 ( °C) 今朝の熱 ( °C)
	嘔吐: あり・なし → ( 昨日 回 今朝 回 )
	便の状態 : あり(普通・軟便・泥状・水様) なし( 日目)
	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳・くしゃみ <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他痛み( ) <input type="checkbox"/> 発疹(部位: ) <input type="checkbox"/> かゆみ(部位: ) <input type="checkbox"/> その他の症状( )

  

薬	今朝の内服薬 時間 時 分 (名称: )
	今朝の吸入 時間 時 分 (名称: )
	持参薬 内服薬(あり・なし) (名称: )
	外用薬(あり・なし) (名称: )
	解熱剤の最終使用時間 時 分 (名称: )

  

機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
----	---

  

食事	<食欲> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 今朝の食事時間 時 分 (内容: )
	<食分量> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> なし (その他: )

  

昨夜の睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠っていた <input type="checkbox"/> あまり眠っていない <input type="checkbox"/> ほとんど眠っていない
	【就寝】 時 分    【起床】 時 分

  

心配な事など	
--------	--

  

お迎えの予定	氏名	続柄	時間	入室時間
--------	----	----	----	------

《ご家庭で用意していただくもの》				
持ち物には必ずお名前をご記入下さい。チェック欄を活用して、お忘れ物のないようお願いいたします。				
保護者 チェック	物品	数量	備考	職員 チェック
<input type="checkbox"/>	健康保険証		保育室の利用初日にお持ち下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳		"	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	お薬手帳 又は 薬剤情報提供証		利用の際、薬がある方は毎回お持ち下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	暖家登録証 (DANKECARD)		初回利用日にお渡ししたスタンブカードです。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	大きなビニール袋	2枚	汚れ物や汗等で着替えた服を入れます。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	着替え(楽な服装・パジャマ・下着) (スタイ・くつ下等)	2組以上	よだれが多く出る時、スタイをお持ち下さい。 くつ下は、熱等で足が冷たい時に使います。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	紙オムツ・パンツ類・おしり拭きタオル	5枚以上	下痢等の症状がある場合、多めに!	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	口拭きタオル(ハンドタオル)	2枚	食事の際に使用します。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	食事前エプロン	2枚	必要な方のみ。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	主治医の処方箋	必要量	1回分ずつ名前を記入してお持ち下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	粉ミルク(必要な方のみ)		記名して下さい。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	保育園や保育所の連絡帳		園等での生活リズムを見ればと思います。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	その他必要なもの( )		使い慣れた道具やおもちゃなど。	<input type="checkbox"/>

受け入れ担当者

お迎え時サイン	氏名	続柄	時間
---------	----	----	----

## 与薬依頼書

薬剤情報提供書がある場合には、この依頼書と一緒に持ち下さい。  
薬は一回分ずつ記名してお持ち下さい。

平成 年 月 日 記入

依頼者	保護者氏名			
	児童氏名			
剤型	粉末・液(シロップ)・外用薬・坐薬・その他( )			
処方内容	薬品名	用量	用法	
	<b>処方箋にある薬の名前、量を記入して下さい</b>			
外用薬等の 使用方法	保育室にて口頭でお伝えされてもかまいません。			
その他の 注意事項	薬のなませ方など、特に注意する点がありましたらお知らせ下さい。			

受付者サイン