



Seasonal School Little Bear

登録書

ふりがな

児童氏名 _____ 普段の呼び名 _____ 性別 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳

体重 _____ K g

熱について 平熱 (_____ °C)

電話番号 (自宅) : _____

住所: _____

保護者氏名 (父) _____ (母) _____

携帯 _____ 携帯 _____

緊急連絡先 1 _____

緊急連絡先 2 _____

メールアドレス _____

お迎えに来る方について

氏名 _____ 続柄 _____

連絡先 _____

お迎え時間 _____ 時 _____ 分頃予定

ご登録内容

期間 _____

時間 _____



Seasonal School Little Bear

- ・これまで一時預かりや保育施設に、このお子さんを預けたことがありますか？

はい・いいえ

- ・お子さんが、けいれんやひきつけを起こしたことはありますか？

はい・いいえ

⇒「はい」の場合、何時か： 年 月 日

- ・肘（ひじ）が抜けたことがありますか？

はい・いいえ

- ・お子さんに、苦手な食べ物がありますか？

はい・いいえ

⇒「はい」の場合、その食べ物：

- ・お子さんは、薬や食べ物にアレルギーがありますか？（皮膚がかゆくなる、赤くなる、などの症状がみられた食べ物など）

はい・いいえ

⇒「はい」の場合、原因となる薬や食べ物等：

- ・アレルギーがある場合、アナフィラキシーを起こしたことがありますか？

はい・いいえ

- ・アドレナリン自己注射 あり・なし

- ・病院で診てもらっている病気が、過去数か月でありますか

はい・いいえ

⇒「はい」の場合、その病気の名前：

- ・寝るときにクセがありますか？

はい・いいえ

（タオルやおしゃぶりを口にして寝つく、うつ伏せで寝るなど）

⇒「はい」の場合、具体的に：

- ・どんなおもちゃ遊びが好きですか

-
- ・過去3日間くらいについて教えてください

- ・熱が… あった ・ なかった ・ わからない

- ・食欲が… いつもよりなかった ・ 普通だった ・ わからない

- ・嘔吐が… あった ・ なかった ・

- ・排便の異常（下痢、便秘など）が… あった ・ なかった ・ わからない

- ・薬（座薬や吸入薬も含む）を… 使った ・ 使っていない ・ わからない

- ・その他健康上のことで気になることがあれば教えてください。