

会員種別
1年 半年 月

登録票

初回受付日:H 年 月 日 カルテNO

フリガナ		男・女
氏名	愛称	
生年月日	H 年 月 日 ()歳 ()ヶ月	
保育園などの施設名		



住所	〒		
電話番号	当所までの所要時間()分 電車・バス・車・自転車・徒歩		
フリガナ	フリガナ	フリガナ	
母親名	父親名		
携帯番号	携帯番号		
アドレス	アドレス		
勤務先	勤務先		
電話	電話		
住所	住所		
家族構成(同居のみ)	祖父・祖母・兄弟()人・弟妹 ()人・他()		

予防接種	BCG ポリオ(1・2) DPT (1・2・3・追加) はしか 風疹 MRワクチン 日本脳炎(1・2・追加) みずぼうそう おたふくかぜ その他(インフルエンザ・B型肝炎)		
感染症歴	はしか(才) 風疹(才) みずぼうそう(才) 百日咳(才) おたふくかぜ(才) B型肝炎(才) その他(才)		
アレルギー	食物	牛乳・卵白・卵黄・大豆・麦・その他() 現在の摂取状況・・・()	
		ハウスダスト・ダニ・スギ・ヒノキ・その他()薬()	
熱性痙攣	あり・なし 回数()回・初回発作(才 ヶ月) 最終(才 ヶ月) 脳波検査(あり・なし) 今後の予防(指示あり・なし)		
かかりつけ医	病院名	住所	電話番号

出生・出産	出生時体重()g 在胎週数()週 分娩(自然・帝切・その他)	
発 達	頸すわり()ヶ月 寝返り()ヶ月 おすわり()ヶ月 はいはい()ヶ月 つかまり立ち()ヶ月 伝い歩き()ヶ月 一人歩き()ヶ月	
一日の生活習慣	排 尿	回数()回 尿意(知らせる・知らせる時もある・知らせない) サイン又は間隔() おむつ交換時期()
	排 便	回数()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()
	衣服着脱	着替えさせる・手伝うとできる・一人でできる
	昼寝時間	()時間 添い寝(一人寝・添い寝) 昼寝なし希望
	睡眠習慣	おしゃぶり・ぬいぐるみ・タオル・母親の体の一部・その他()
	人見知り	しない・する・激しくする
	好きな遊び	
	お気に入りのおもちゃ	
	好きなキャラクター	
	保護者様から見た性格:	
その他ご依頼事項		
食事面	食事量	よく食べる・普通・食が細い・ムラがある
	食事方法	一人で食べる・一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・コップ・ストロー・その他()
	授乳内容	人工ミルク(商品名:)・母乳・混合
	授乳量	1回()ml 授乳回数 1日()回
	乳首の種類	
	離乳食開始時期	()ヶ月ころ
	現在の離乳食内容	初期・中期・後期・完了1日()回
好き嫌い・ご依頼事項		
薬の飲み方	シロップ	一人で飲める・飲ませる・コップ・スポイト・スプーン・その他()
	粉	一人で飲める・飲ませる・粉のまま・溶かす(なにで...)
	錠剤	一人で飲める・飲ませる・その他()
	カプセル	一人で飲める・飲ませる・その他()
特記事項(その他ご自由にお書き下さい)		

私は、子育て支援ハウスChipSの会員になることを承諾します。

年 月 日

印