

ビーンズ保育園病児保育室 利用登録票

記入者名 _____ 印

登録児童	(フリガナ)						
	氏名		男・女				
	生年月日		年 月 日 (歳 カ月)				
	住所		〒 -				
	電話		- -				
	通所園名		TEL - -				
	かかりつけ医		() 先生				
	父	(フリガナ)		TEL		- -	
		氏名					
		勤務先		(所属)			
TEL		- -					
母	(フリガナ)		TEL		- -		
	氏名						
	勤務先		(所属)				
	TEL		- -				
兄弟	続柄	年齢	学校・通所園名/学年	続柄	年齢	学校・通所園名/学年	
生育歴	妊娠中の異常 無・有 ()			出生体重 g			
	出産時の異常 無・有 ()			在胎週数 週			
栄養法	母乳 / 混合 / ミルク / フォローアップミルク						
	1回量 () ml / () 時間おき						
	離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期) / 幼児食						

