

ビーンズ保育園病児保育室 利用登録票

	(ふりがな)			
	氏名	男 ・ 女		
	生年月日	H R	年 月 日	(歳 カ月)
	住所	〒 —		
	TEL	()		
	通所園名	TEL： ()		
	かかりつけ医	() 先生		
登録児童	父	(ふりがな)	TEL	()
		氏名	()	
		勤務先：	(所属)	
		TEL：	()	
登録児童	母	(ふりがな)	TEL	()
		氏名	()	
		勤務先：	(所属)	
		TEL：	()	
登録児童	兄弟	続柄	学年	学校 ・ 通所園名
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			

