

病児保育室児童票

登録番号

薬

Dr 診察

解熱剤使用

令和 年 月 日 記入

記入者名 _____

ふりがな _____ 氏名 _____	男 女	生年月日 R・H _____ 年 月 日生 _____ 歳 _____ ヶ月	
保 護 者	父・氏名 _____ (_____ 歳)	お子さんの愛称 _____	
	母・氏名 _____ (_____ 歳)		
	自宅住所 (〒 _____) 自宅電話 _____ - _____ - _____		
きょうだい	_____ 歳 (男・女)	_____ 歳 (男・女)	_____ 歳 (男・女)
職業	父 _____	母 _____	
緊 急 連 絡 先	父	1 (電話 _____)	勤務先名 _____)
		2 (電話 _____)	勤務先名 _____)
	母	1 (電話 _____)	勤務先名 _____)
		2 (電話 _____)	勤務先名 _____)
保育園名	電話 _____ - _____ - _____		
家庭医名	電話 _____ - _____ - _____		
周 産 期	妊娠中の異常 (なし・あり _____) 出生時体重 _____ g 出産は (予定通り・ _____ 日早かった・遅かった) (在胎 _____ 週) 出産時の異常 (なし・あり _____)		
乳 幼 期 の 発 達	首のすわり: _____ カ月 おすわり: _____ カ月 一人歩き: _____ カ月 栄養法 (母乳・人工・混合) 離乳食開始時期 (前期: _____ カ月 中期: _____ カ月 後期: _____ カ月 幼児食: _____ 歳 _____ 月) 人見知り: _____ カ月 母親の後追い: _____ 歳 _____ 月 初語 (意味のあることば): _____ 歳 _____ 月		
予 防 接 種	B型肝炎: 1回目 _____ 年 月 2回目 _____ 年 月 3回目 _____ 年 月		
	BCG: _____ 年 月	日本脳炎: 初回 _____ 年 月 追加 _____ 年 月	
	四種混合: I期 1回目 _____ 年 月・2回目 _____ 年 月・3回目 _____ 年 月 II期 _____ 年 月		
	MR: I期 _____ 年 月	水ぼうそう: _____ 年 月	おたふくかぜ: _____ 年 月
	II期 _____ 年 月	_____ 年 月	_____ 年 月
ヒブワクチン: 1回目 _____ 年 月 2回目 _____ 年 月 3回目 _____ 年 月 追加 _____ 年 月			
肺炎球菌: 1回目 _____ 年 月 2回目 _____ 年 月 3回目 _____ 年 月 追加 _____ 年 月			
ロタテック: 1回目 _____ 年 月 2回目 _____ 年 月 3回目 _____ 年 月			

感 染 症 歴	はしか： 歳 カ月	水ぼうそう： 歳 カ月
	百日咳： 歳 カ月	おたふくかぜ： 歳 カ月
	B型肝炎： 歳 カ月 (キャリアーでない・ある)	
	その他 (具体的に)：	
こ れ ま だ の 病 気	熱性痙攣：初回 歳 カ月 最後は 歳 カ月 (これまでに _____ 回)	
	喘 息	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ
	喘息様気管支炎	毎日 吸入療法を している・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある (治療は 内服薬・食事療法)
	そ の 他 の 病 気 (具体的に)	●突発性発疹 (有 カ月 ・無)
入 院 し た こ と	ない・ある (病名 歳 カ月) (病名 歳 カ月) (病名 歳 カ月) (病名 歳 カ月)	
常 時 内 服 し て い る 薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。 (内服時間も)	
食 事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。	
そ の 他	体質 (薬物アレルギー等) やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	