

病児保育室児童票

登録番号

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: 力月 おすわり: 力月 一人歩き: 力月		
	栄養法 (母乳・人工・混合)		
	離乳食開始時期(前期: 力月 中期: 力月 後期: 力月 幼児食: 歳 力月)		
	人見知り: 力月 母親の後追い: 歳 力月		
	初語(意味のあることば): 歳 力月		
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
	II期 年 月		年 月
	おたふくかぜ: 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			

感 染 症 歴	はしか :	歳	才月	水ぼうそう :	歳	才月	
	百日咳 :	歳	才月	おたふくかぜ :	歳	才月	
	B型肝炎 :	歳	才月	(キャリアーでない・ある)			
	その他 (具体的に) :						
これ まで の 病 気	熱性痙攣 : 初回	歳	才月	最後は	歳	才月	(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	才月)	
	(病名		歳	才月)			
	(病名		歳	才月)			
	(病名		歳	才月)			
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。						