

病児保育室児童票

登録番号 : _____

平成 年 月 日記入

記入者名

	<small>ふりがな</small> 氏名	男 女	生年月日	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				
兄弟(氏名・年齢)		(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 (携帯)		
	母	1 (電話 勤務先名)		
		2 (携帯)		
幼稚園・保育所名		電話()		
家庭医名		電話()		
周産期	妊娠中の異常 なし・あり ()			
	出生体重 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 ()			
乳児期発達	首のすわり: ヶ月 おすわり: ヶ月 1人歩き: ヶ月			
	栄養法: (母乳・人工・混合)			
	現在の食事状況: (ミルクまたは母乳のみ 時間おきに cc 程度)			
	離乳食:(前期・中期・後期・完了期 / ミルク cc 程度 幼児食			
	人見知り: ヶ月 母親の後追い: ヶ月			
	初語 (意味のある言葉): 歳 ヶ月			
予防接種	BCG: 年 月 ポリオ: 1回目 年 月・2回目 年 月			
	三種混合: I期1回目 年 月・2回目 年 月・3回目 年 月			
	(DPT) I期追加 年 月			
	MR: I期 年 月・II期 年 月 (H18.4月以前の方は下記に記入してください)			
	風疹: 年 月 はしか: 年 月			
	《任意接種》 水痘: 年 月 おたふく風邪: 年 月			
	Hib: 肺炎球菌(プレベナー): その他:() 年 月			

※予防接種した年月日がわからない場合は接種済のものに○印をつけて下さい。 ★ 裏面もご記入ください。

感染 症 歴	突発性発疹: 歳 ヶ月	はしか: 歳 ヶ月
	水痘: 歳 ヶ月	おたふくかぜ: 歳 ヶ月
	百日咳: 歳 ヶ月	B型肝炎: 歳 ヶ月 (キャリアでない・ある)
	その他(具体的に):	
こ れ ま だ の 病 気	熱性けいれん: ない・ある	
	初回 歳 ヶ月 ・ 一番最近は 歳 ヶ月 (計 回)	
	喘息: ない・ある	
	薬 … 毎日飲んでいる・飲んでいない・発作時だけ	
	吸入 … 毎日している・していない・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 ・ 湿布薬 ・ その他()	
	その他の病気	
	入院したこと ない・ある (病名 歳 ヶ月)	
	(病名 歳 ヶ月)	
	(病名 歳 ヶ月)	
常 時 内 服 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。 (決まった内服時間があればその時間も)	
食 事	食事制限の指示を主治医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)やクセなど心配なこと・配慮して欲しいことなどについて具体的にお書きください。	