

病児保育室児童票

登録番号

--	--	--	--

平成 年 月 日 記入 記入者名

	ふりがな 氏名	男 女	生年月日	年 月 日 歳 月 日					
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	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)							
	保育所名	電話： -							
	主治医名	電話： -							
周産期	妊娠中の異常 (なし ・ あり)								
	出生体重								
	出生は (予定通り ・ 日 早かった・遅かった) (在胎 週)								
	出生時の異常 (なし ・ あり)								
乳児期の発達	首のすわり： 月 おすわり： 月 一人歩き： 月								
	栄養方 (母乳 ・ 人工 ・ 混合)								
	離乳食開始時期 前期： 月 後期： 月								
	幼児食： 月								
	人見知り： 月 母親の後追い： 歳 月								
	初語 (意味のある言葉)： 歳 月								
予防接種	三種混合	1回目	年 月	2回目	年 月	3回目	年 月	追加	年 月
	Hib 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
	BCG		年 月						
	ポリオ	1回目	年 月	2回目	年 月				
	不活化ポリオ	1回目	年 月	2回目	年 月	3回目	年 月	4回目	年 月
	ロタウイルス	1回目	年 月	2回目	年 月	(3回目 年 月)			
	B型肝炎ワクチン	1回目	年 月	2回目	年 月	3回目	年 月		
	MR I期		年 月	MR II期		年 月			
	おたふくかぜ		年 月	水痘		年 月			
	日本脳炎	1回目	年 月	2回目	年 月	追加	年 月		

感染症歴	はしか： 歳 月	水ぼうそう： 歳 月	おたふくかぜ： 歳 月
	百日咳： 歳 月	溶連菌感染症： 歳 月	
	B型肝炎： 歳 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 月 最後は 歳 月 (これまでに 回)		
	喘息		
	喘息様気管支炎		
	アトピー性皮膚炎		
	その他の病気	突発性発疹： 歳 月	中耳炎： 歳 月
		りんご病： 歳 月	ヘルペス歯肉口内炎： 歳 月
		手足口病： 歳 月	川崎病： 歳 月
溶連菌感染症： 歳 月			
入院したこと	ない・ある (病名 歳 月)		
	(病名 歳 月)		
	(病名 歳 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下さい。		
	※ 内服時間： ※ 薬の飲ませ方：		
食事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書き下さい。		
	※ 食物アレルギー等		
その他	体質 (薬物アレルギー等) ・ くせ等ご心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。		
送迎利用	病児保育施設送迎サービスの利用 (あり ・ なし)		