

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	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:	ヶ月	おすわり:	ヶ月					
	栄養方	(母乳 ・ 人工 ・ 混合)							
	離乳食開始時期	前期: ヶ月	後期:	ヶ月					
	幼児食:	ヶ月	人見知り:	ヶ月					
	母親の後追い:	歳	ヶ月						
	初語 (意味のある言葉):	歳	ヶ月						
予防接種	四種/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	①	年 月	②	年 月	水痘	①	年 月	②
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	ヶ月	水ぼうそう:	歳	ヶ月	おたふくかぜ:	歳	ヶ月	
	百日咳:	歳	ヶ月	溶連菌感染症:	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)									
これまでの病気	熱性痙攣:	初回	歳	ヶ月	最後は	歳	ヶ月	(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	ヶ月	中耳炎:	歳	ヶ月			
		りんご病:	歳	ヶ月	ヘルペス歯肉口内炎:	歳	ヶ月			
		手足口病:	歳	ヶ月	川崎病:	歳	ヶ月			
溶連菌感染症:		歳	ヶ月							
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)									