

# 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 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	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 )			
乳児期の発達	出生時の異常 ( なし ・ あり )			
	首のすわり: ヶ月 おすわり: ヶ月 一人歩き: 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			
予防接種	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			
	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 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。			