

年 月 日記入

病児保育室児童票

新・継(有・無)

記入者名

(登録用紙)

登録者児童	ふりがな		愛称		
	氏名 男・女		生年月日 年 月 日 歳 カ月		
	自宅住所 (〒 -) 自宅電話番号 : ()				
	兄弟姉妹		歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
	通園施設名		区 保育園・幼稚園・小学校 Tel		
	かかりつけ医		Tel		
保護者／緊急連絡先	父	氏名 (歳)		勤務先名・住所	
		緊急連絡先 () -		職種 勤務先電話 ()	
	母	氏名 (歳)		勤務先名・住所	
		緊急連絡先 () -		職種 勤務先電話 ()	
予防接種	BCG 年 月		MR(麻疹風疹混合ワクチン) (1回目) 年 月 (2回目) 年 月		
	三種混合・四種混合 (1回目) 年 月 (2回目) 年 月		(3回目) 年 月 (4回目) 年 月		
	ポリオ (1回目) 年 月 (2回目) 年 月 (3回目) 年 月 (4回目) 年 月				
	水ぼうそう 年 月		おたふくかぜ 年 月		
	Hib (1回目) 年 月 (2回目) 年 月 (3回目) 年 月 (追加) 年 月		ロタウィルス (済・していない)		
	肺炎球菌 (1回目) 年 月 (2回目) 年 月 (3回目) 年 月 (追加) 年 月				
これまでの病気	麻疹(はしか): 歳 ヶ月		風疹: 歳 ヶ月		
	おたふくかぜ: 歳 ヶ月		百日咳: 歳 ヶ月		
	水ぼうそう: 歳 ヶ月		突発性発疹: 歳 ヶ月		
	熱性けいれん	(無・有)	初回 歳 ヶ月 回数 これまでに 回 最後 歳 ヶ月 座薬の指示 無・有 ()		
	喘息 喘息様気管支炎	(無・有)	治療を (継続治療中・悪化時治療のみ) 薬を (飲んでいない・毎日飲んでいる・発作時のみ) 吸入を (していない・している・発作時のみ)		
アトピー性皮膚炎	(無・有)	治療は (内服薬・食事療法)			
入院したこと (無 ・ 有)					
(病名)		歳 ヶ月)			
(病名)		歳 ヶ月)			
(病名)		歳 ヶ月)			
(病名)		歳 ヶ月)			
食事アレルギーや食事で心配なことなどあれば具体的に にお書きください		体質[薬物アレルギー等]やくせなど配慮してほしいこと について具体的ににお書きください			

