

病児保育室児童票

年 月 日記入

記入者名

登録児童	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		
		緊急連絡先 () -		職種 勤務先電話 ()		
	母	氏名 (歳)		勤務先名		
		緊急連絡先 ()		職種 勤務先電話 ()		
生 育 歴	妊娠中の異常 (無・有 : 具体的に)					
	出生は 週 g 出産は (予定通り・日 早かった・遅かった)					
	出産時の異常 (無・有)					
	首のすわり: カ月 おすわり カ月 一人歩き: カ月					
	栄養法 : (母乳・ミルク・混合)					
	離乳食開始時期 : 前期 カ月 中期 カ月 後期 カ月 幼児食開始時期 : カ月					
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		I 期追加分 年 月			
	MR (麻疹風疹混合ワクチン) (1回目) 年 月 (2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						
こ れ ま で の 病 気	麻疹(はしか): 歳 ヶ月		風疹: 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		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 (無・有)		治療を (継続治療中・悪化時治療のみ)			
	喘息様気管支炎 (無・有)		薬を (飲んでいない・毎日飲んでいる・発作時のみ)			
	アトピー性皮膚炎 (無・有)		吸引を (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)				

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ください(内服時間も)
食事	食事制限の指示をかかりつけ医等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 くせなど、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ください

医療生協組合 加入 ・ 未加入 利用料