

登録番号:	
カルテ番号:	

## 《 年度 病児保育室 : 児童票 》

記入日:

年 月 日

記入者:

登録児童	児童氏名(フリガナ)	愛称	性別	生年月日
			男 女	年 月 日 ( 歳 ヲ月)
	兄弟姉妹(名前 歳 男/女)	(名前 歳 男/女)	(名前 歳 男/女)	(名前 歳 男/女)
	通園施設名:	住所:	TEL:	
	かかりつけ医名:	TEL:		
保護者	氏名:	( 歳)	【続柄:	】
	氏名:	( 歳)	【続柄:	】
	自宅住所(〒 - )			
	TEL: FAX:			
緊急連絡先	①氏名	【続柄:	】	携帯TEL:
	勤務先名:	勤務先TEL:		
	②氏名	【続柄:	】	携帯TEL:
	勤務先名:	勤務先TEL:		
周産期	妊娠中の異常【 なし ・ あり ( )】			
	出生体重	g		
	出産は( 予定通り ・ 日早かった ・ 日遅かった )《在胎 週》			
	出産時の異常【 なし ・ あり ( )】			
乳児期の発達	首のすわり:	ヶ月	おすわり:	ヶ月 一人歩き: ヶ月
	栄養法: 母乳 ・ 人工 ・ 混合			
	離乳食開始(前期: ヶ月 ・ 中期: ヶ月 ・ 後期: ヶ月)			
	人見知り: ヶ月		後追い: ヶ月	
	初語(意味のあることば)		歳	ヶ月

(平成28年9月更新)  
※裏面もご記入下さい。

予防接種 〔接種済みのものに○印〕	Hib	1	肺炎球菌	1	□三種・□四種 混合	1	ポリオ □生・□不活化	1
		2		2		2		2
		3		3		3		3
		追加		追加		追加		4
	BCG		MR	I	水痘	1	おたふくかぜ	1
	B型肝炎	1	(麻疹・風疹混合)	II		2		2
		2	ロタ	1	日本脳炎	1	その他	
		3		2		2		
		3	追加					
	感染症歴	はしか： 歳 月		水ぼうそう： 歳 月				
百日咳： 歳 月		おたふくかぜ： 歳 月						
B型肝炎： 歳 月		風疹： 歳 月						
突発性発疹： 歳 月								
その他： (具体的に)								
これまでの病気	けいれん (ひきつけ)	なし ・ あり(その時 熱はあった °Cくらい ・ 無かった) 最後 歳 月(今までに 回位)						
	喘息	毎日 薬 を 飲んでいる ・ いない ・ 発作時のみ						
		毎日 吸入 を している ・ いない ・ 発作時のみ						
	アトピー性皮膚炎	ない ・ ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法)						
	その他の病気 (具体的に)							
入院したこと		○病名	【	歳 月				
	ない ・ ある	○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。(内服時間も)							
食事	食事制限の指示を主治医などから受けている場合は、具体的にお書き下さい。							
その他	体質(薬物アレルギー等)や寝るときの癖など、『心配な事 ・ 配慮して欲しい事』について、具体的にお書き下さい。							