

# 病児保育所児童票

令和 年 月 日 記入

記入者名 \_\_\_\_\_

ふりがな	
児童氏名	年 月 日生( 歳 ヶ月) 第 子 (男・女)
住 所 〒	電話番号 ( )
所属: ( 保育所・幼稚園・小学校 年生 )	
かかりつけの病院名:	
父 氏名 ( 歳)	勤務先:
携帯	勤務先TEL:
	勤務先住所:
母 氏名 ( 歳)	勤務先:
携帯	勤務先TEL:
	勤務先住所:
周産期	妊娠中の異常(なし・あり )
	出生時体重 g (在胎 週)
	出産時の異常(なし・あり )
乳児期の発達	首のすわり: ヲ月 おすわり: ヲ月 一人歩き: ヲ月
	栄養法( 母乳・人工・混合 )
	離乳食開始時期( 前期: ヲ月 , 中期: ヲ月 , 後期: ヲ月 )
	幼児食: ヲ月
	人見知り: ヲ月 母親の後追い: ヲ月
	初語(意味のあることば) : 歳 ヲ月
予防接種	四種混合: I期 / 1回 2回 3回 I期追加
	ロタウィルス 1回 2回 (3回) 水痘 1回 2回
	Hib 1回 2回 3回 追加 小児肺炎球菌 1回 2回 3回 追加
	麻疹・風疹 I期 II期 B型肝炎 1回 2回 3回
	日本脳炎 I期/ 1回 2回 I期追加 II期 流行性耳下腺炎 1回 2回
	(インフルエンザ) 1回 2回
感染症歴	麻疹〔はしか〕: 歳 ヲ月 水痘〔水ぼうそう〕: 歳 ヲ月
	百日咳 : 歳 ヲ月 耳下腺炎〔おたふくかぜ〕: 歳 ヲ月
	B型肝炎: 歳 ヲ月 キャリアーで( 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 ヲ月 最後は 歳 ヲ月(これまでに 回)
	喘息 毎日薬を飲んで(いる・いない)・発作時だけ
	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 ない・ある (病名 歳 ヲ月) (病名 歳 ヲ月) (病名 歳 ヲ月) (病名 歳 ヲ月)
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	食事制限の指示を主治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。

登録受付 令和 年 月 日

\* 登録内容に変更が生じた際は、再提出をお願いいたします。