病児保育室　児童票

令和　　年　　月　　日

登録番号	ID

ふりがな 氏　　名		男 女	生年月日	年　　月　　日生 歳　　か月
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	氏名　　歳（男・女）	氏名　　歳（男・女）		
緊急連絡先 ①	氏名　　（続柄　　）		緊急連絡先 ②	氏名　　（続柄　　）
	勤務先			勤務先
	勤務先電話			勤務先電話
	携帯番号			携帯番号
園・学校名	電話			
主治医名	電話			

これまでの病気

※かかったことのある病気に〇をつけてください。

1. 熱性痙攣　：初回　　歳　　ヶ月　最後は　　歳　　ヶ月（これまでに　　回）
2. 喘息　：継続治療中（薬・吸入）・悪化時のみ治療
3. 喘息様気管支炎　：継続治療中（薬・吸入）・悪化時のみ治療
4. アトピー性皮膚炎　：ない・ある　（治療は　内服薬・食事療法）
5. 突発性発疹　　6. 中耳炎　　7. りんご病
8. ヘルペス歯肉口内炎　　9. 手足口病　　10. 川崎病
11. 溶連菌感染症　　12. その他（　　）

入院したこと：なし・あり　（病名　　歳　　ヶ月）
（病名　　歳　　ヶ月）

常時服用薬

なし・あり

※ある場合のみ下記に記入してください。

（喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時服用しているお薬があれば具体的にお書きください）

・種類：

・内服時間：

アレルギー

食物アレルギー

なし・あり

1. 卵（つなぎ可・完全除去）　2. 牛乳・乳製品（つなぎ可・完全除去）
3. 小麦（調味料可・完全除去）　4. 大豆（調味料可・完全除去）
5. 鶏・牛肉・その他：

※避けてほしい食品があればご記入ください。

薬物アレルギー

なし・あり　（　　）

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　（キャリアーでない）		
	その他（具体的に）		
周産期	妊娠中の異常（なし・あり＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）		
	出生時の異常（なし・あり）　出生体重　　g		
	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	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）		
	離乳食開始時期　前期：　ヶ月　後期：　ヶ月		
	幼児食：　ヶ月		
	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		

予防接種	三（四）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	1回目　年　月・2回目　年　月・3回目　年　月		
	MRⅠ期	年　月	MRⅡ期	年　月
	おたふくかぜ	年　月	水ぼうそう	年　月
	日本脳炎	1回目　年　月・2回目　年　月・追加　年　月		

お子さんの様子	薬の飲ませ方	・スプーンで飲む　・そのまま飲む ・ゼリー、アイスに混ぜる　・その他（　　）
	水分のとり方	・哺乳ビン使用　・スプーン、ストローで飲む　・コップで飲む
	ご飯の食べ方	・自分で食べる（スプーン、フォーク・お箸）　・食べさせている
	便・尿の仕方	・オムツ　・トレーニング中　・トイレでできる（一人で拭ける・拭けない）
	お昼寝の仕方	・トントンされて眠れる　・特定の物（毛布、ぬいぐるみなど）を持って眠る ・一人で眠れる　・その他（　　）

その他

※心配なこと、配慮してほしいことなどがありましたらお書きください。

20190507