

病児保育アイビー 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 歳 月 日
父・氏名	(歳)	お子さんの愛称	
母・氏名	(歳)		
保護者 自宅住所	(〒 -)		
自宅電話	()		
きょうだい	氏名	歳 (男・女)	氏名
	氏名 (続柄)		氏名 (続柄)
緊急連絡先 ①	勤務先	②	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		
かかりつけ病院	電話		
これまでの病気	※かかったことのある病気に○をつけてください。		
	1. 熱性痙攣 : なし・あり 初回 歳 月 最後は 歳 月 (これまでに 回)		
	2. 喘息・喘息様気管支炎 : なし・あり 継続治療中(薬・吸入)・悪化時のみ治療		
	5. アトピー性皮膚炎 : なし・あり (治療は 内服薬・食事療法)		
	6. 突発性発疹 7. 中耳炎 8. りんご病		
	9. ヘルペス歯肉口内炎 10. 手足口病 11. 川崎病		
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、その他、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:		
入院歴	なし・あり (病名	歳 月)	病院名()
	(病名	歳 月)	病院名()
	(病名	歳 月)	病院名()
アレルギー	食物アレルギー	1. 卵(つなぎ可・完全除去) 2. 牛乳・乳製品(つなぎ可・完全除去)	
	なし・あり	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:	
	※アナフィラキシーの既往歴 なし・あり 食品名()		
	※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	はしか: 歳 月	水ぼうそう: 歳 月	おたふくかぜ: 歳 月		
	百日咳: 歳 月				
症 歴	B型肝炎: 歳 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	首のすわり: 月	おすわり: 月	一人歩き: 月		
発 達	栄養法 (母乳・人工・混合)				
	離乳食開始時期	前期: 月	後期: 月		
	の 幼児食: 月				
人見知り: 月	母親の後追い: 歳 月				
初語(意味のある言葉): 歳 月					
※接種済みの口にチェックをつけてください。					
予 防 接 種	Hib ワクチン	<input type="checkbox"/> 1 回 目	<input type="checkbox"/> 2 回 目	<input type="checkbox"/> 3 回 目	<input type="checkbox"/> 追 加
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1 回 目	<input type="checkbox"/> 2 回 目	<input type="checkbox"/> 3 回 目	<input type="checkbox"/> 追 加
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1 回 目	<input type="checkbox"/> 2 回 目	<input type="checkbox"/> 3 回 目	
	三(四)種混合	<input type="checkbox"/> 1 回 目	<input type="checkbox"/> 2 回 目	<input type="checkbox"/> 3 回 目	<input type="checkbox"/> 追 加
	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1 回 目	<input type="checkbox"/> 2 回 目	<input type="checkbox"/> 3 回 目	<input type="checkbox"/> 4 回 目
	BCG	<input type="checkbox"/> 接 種	<input type="checkbox"/> 未 撮 取		
	麻しん・風しん	<input type="checkbox"/> 1 回 目	<input type="checkbox"/> 2 回 目		
	水痘	<input type="checkbox"/> 1 回 目	年 月	<input type="checkbox"/> 2 回 目	年 月
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1 回 目	<input type="checkbox"/> 2 回 目	<input type="checkbox"/> 3 回 目	<input type="checkbox"/> 追 加
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 1 回 目	<input type="checkbox"/> 2 回 目	<input type="checkbox"/> 3 回 目	
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 1 回 目	年 月	<input type="checkbox"/> 2 回 目	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 ・ マグ、ストローで飲む ・ コップで飲む			
の 便・尿の仕方	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			
	お昼寝の仕方	・ 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) ・ 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。				