

(用紙B) 病児・病後児保育室児童票

この児童票は、病児・病後児保育でお子様を預かるうえでの安全性の確保を目的としております。

登録番号	—
------	---

このことを理解の上、本児童票が病児・病後児保育室に提出されることに同意します。

年 月 日記入

記入者名 _____

ふりがな		男	生年月日	年	月	日生
氏名		女		_____	_____	_____
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	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)	
職業	父	母				
緊急連絡先	父	1 (電話 _____) 勤務先名 _____)				
		2 (電話 _____) 勤務先名 _____)				
	母	1 (電話 _____) 勤務先名 _____)				
		2 (電話 _____) 勤務先名 _____)				
保育所・学校名			電話 _____			
家庭医名			電話 _____			
周産期	妊娠中の異常 (なし・あり _____)					
	出生時体重 _____ g					
	出産は (予定通り・ _____ 日早かった・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)					
	離乳食開始時期 (前期: _____ ヶ月		中期: _____ ヶ月		後期: _____ ヶ月	
	幼児食: _____ 歳 _____ 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	BCG	未・済		水ぼうそう	未・1回・2回	
	ポリオ(生ワクチン・不活化)	未・1・2・3・4・追加		おたふくかぜ	未・1回・2回	
	四種混合 1期 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)	未・1・2・3・追加		ヒブ	未・1・2・3・追加	
		未・1・2・3・追加		小児肺炎球菌	未・1・2・3・追加	
	三種混合 1期 (ジフテリア・百日咳・破傷風)	未・1・2・3・追加		MR (二種混合) (麻しん・風しん)	未・1期・2期	
	B型肝炎	未・1・2・3		その他予防接種		
ロタウィルス	未・1・2・3					

(裏面へ)

※ 利用日までに委託先医療機関及び委託先認証保育所へ提出してください。

感 染 症 歴	麻しん： 歳 ヶ月		風しん： 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		B型肝炎： 歳 ヶ月（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 ヶ月 最後は 歳 ヶ月（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		
	喘息様気管支炎	毎日 吸入治療を している・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 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。			

診察券番号：