

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 ヶ月)
	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			

※裏面も忘れずに記入してください

予防接種 〔接種済みのものに○印〕	□五種混合 □四種混合	1	肺炎球菌	1	Hib	1	BCG	その他
		2		2		2		
		3		3		3		
		追加		追加		追加		
	B型肝炎	1	ロタリックス ロタテック	1	日本脳炎	1		
		2		2		2		
		3		3		追加		
	おたふくかぜ	1	MR (麻疹・風疹混合)	I	水痘	1		
		2		II		2		
	感染症歴	はしか: 歳 ヶ月			水ぼうそう: 歳 ヶ月			
		百日咳: 歳 ヶ月			おたふくかぜ: 歳 ヶ月			
		B型肝炎: 歳 ヶ月			風疹: 歳 ヶ月			
突発性発疹: 歳 ヶ月								
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 ヶ月(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 ヶ月】				
	ない ・ ある		○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。							