

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 ヲ月)
	兄弟姉妹(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: 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(前期: ヲ月 ・ 中期: ヲ月 ・ 後期: ヲ月)			
	人見知り: ヲ月 後追い: ヲ月			
	初語(意味のあることば) 歳 ヲ月			

※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	ロタリックス ロタテック	1	日本脳炎	1			
			2		2			
			3		追加			
	おたふくかぜ	MR (麻疹・風疹混合)	I	水痘	1			
			II		2			
	感染症歴	はしか: 歳 月			水ぼうそう: 歳 月			
		百日咳: 歳 月			おたふくかぜ: 歳 月			
		B型肝炎: 歳 月			風疹: 歳 月			
突発性発疹: 歳 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 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 月】				
	ない ・ ある ○病名			【 歳 月】				
	○病名			【 歳 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。							