

平成 年度 病児・病後児保育室児童票

登録番号	
------	--

年 月 日 記入

ふりがな		男 女	生年月日	平成	年	月	日
氏名				歳	ヶ月		
保護者	氏名						
	氏名						
	自宅住所 (〒 )						
	電話						
兄弟姉妹	歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)		
保育所名	電話						
主治医名	電話						
乳児期	出産時の異常	なし・あり ( )					
	乳幼児健診での異常	なし・あり ( )					
予防接種	Hib(ヒブ) (未・1回・2回・3回・4回)	水痘(水ぼうそう) (未・1回・2回)	BCG (未・済)				
	肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・4回)	麻疹・風疹 (未・1回・2回)	日本脳炎 (未・1回・2回・3回)				
	四種混合 (未・1回・2回・3回・4回)	その他( )					
	耳下腺炎(おたふくかぜ) (未・1回・2回)	B型肝炎 (未・1回・2回・3回)	ロタ (未・1回・2回・3回)				
感染症歴	麻疹(はしか)	なし・あり ( 歳 ヶ月 )					
	水痘(水ぼうそう)	なし・あり ( 歳 ヶ月 )					
	百日咳	なし・あり ( 歳 ヶ月 )					
	耳下腺炎(おたふくかぜ)	なし・あり ( 歳 ヶ月 )					
	B型肝炎	なし・あり ( 歳 ヶ月 ) キャリア ( はい・いいえ )					
	その他(具体的に)						
食事	食物アレルギー	なし・あり (品目: )					
	その他 主治医等の指示による 食事制限	なし・あり ※「あり」の方は具体的にお書きください。					

	熱性けいれん	なし	あり	初回	歳	ヶ月
				最後	歳	ヶ月
				これまでの回数	回	
				現在の抗けいれん薬の使用	なし・あり	
これまでの病気	喘息	なし	あり	薬の服用状況(下記のうち該当するものに○してください) 使用していない・発作の時のみ使用・毎日使用		
	アトピー性皮膚炎	なし	あり	治療法	内服液・食事療法	
	その他の病気	なし	あり	病名 具体的にお書きください。		
	入院したこと	なし	あり	病名	歳	ヶ月
				病名	歳	ヶ月
				病名	歳	ヶ月
				病名	歳	ヶ月
				病名	歳	ヶ月
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	なし	あり	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。					
施設記入欄						