

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	生年月日	年	月	日
氏名		女		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。				

提出先: 病児・病後児保育室 毎年度、各保育室の初回利用時に提出してください。 (裏面につづく)

	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						