

年度 病児保育室児童票

記入日： 年 月 日 記入者名：

登録児童	ふりがな お名前	男 女	お子さんの愛称
	生年月日	年 月 日	(歳 カ月)
	住所 (〒)		
	自宅電話		
通園(学)先 保・幼・小 クラス			
保護者連絡先	父 氏名	(年齢)	携帯電話
	職場名	(職業)	職場 Tel.
	母 氏名	(年齢)	携帯電話
	職場名	(職業)	職場 Tel.
	氏名	(続柄)	Tel.
	氏名	(続柄)	Tel.
家族	きょうだいの名前と年齢		

↓当てはまる項目にチェック✓・具体的にお書きください↓

周産期	妊娠中の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	出生体重 g		
周産期	出産は <input type="checkbox"/> 予定通り <input type="checkbox"/> 早い (日) <input type="checkbox"/> 遅い (日)		
	出産時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
これまでの病気 ・ 常用薬	熱性けいれん	初回 歳 カ月 / 最終 歳 カ月 (これまで 回) ダイアアップ使用するタイミング: °C以上	
	ぜんそく	お薬: <input type="checkbox"/> 毎日服用 (薬剤名)	
		<input type="checkbox"/> 発作時のみ (薬剤名)	
	アトピー性皮膚炎	吸入療法: <input type="checkbox"/> 毎日している <input type="checkbox"/> 発作時のみ	
		治療法: <input type="checkbox"/> 内服薬 (薬剤名)	
	入院歴	<input type="checkbox"/> 食事療法	
歳 カ月頃 病名		歳 カ月頃 病名	
その他の病気	歳 カ月頃 病名		
常用薬があればお書きください。(塗り薬などもあれば)			

予防接種	ロタワクチン：① 年 月 ② 年 月 (③ 年 月)	B型肝炎ワクチン：① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月
	ヒブワクチン：① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月 追加 年 月	小児用肺炎球菌：① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月 追加 年 月
	四種混合：① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月 追加 年 月	BCG：年 月
		MR（麻疹・風疹混合） 1期：年 月 2期：年 月
	三種混合：① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月 追加 年 月	ポリオ：① 年 月 ② 年 月 ③ 年 月 追加 年 月
	日本脳炎：① 年 月 ② 年 月 追加 年 月	水ぼうそう：① 年 月 ② 年 月
おたふく：① 年 月 ② 年 月		
その他のもの：		
感染症歴	水ぼうそう：歳 カ月	おたふくかぜ：歳 カ月
	りんご病：歳 カ月	百日咳：歳 カ月
	B型肝炎：歳 カ月（キャリアでない・ある）	
	その他：	
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。 *麦茶 <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> 飲ませていない	
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がある場合は、具体的にお書きください。	

診察券番号：