

病児保育室児童票

[担当]

免許証 名義 ()	第 号	保険証 名義 ()	国保 社保 その他()
			記号 番号

令和 年 月 日 記入			[主治医]	写真
フリガナ	愛称	男 女	生年月日	
氏名			年	
フリガナ			月 日生	
保護者	父 (歳)		歳	
フリガナ			ヶ月	
保護者	母 (歳)			
自宅住所	〒	自宅電話	携帯電話	
	都道	市	メールアドレス	
	府県	村		
職業	父		母	

緊急連絡先 (必ずご記入お願いします・2カ所以上)

続柄	氏名	ご連絡先(お勤め先等)	電話

保育園名	電話
幼稚園名	電話
	電話

周産期	妊娠中の異常 (なし・あり)
	出産時体重 g
	出産は(予定通り/ 日早かった・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・人口・混合)
	離乳食開始期 (前期： ヶ月/中期： ヶ月/後期： ヶ月/幼児食： ヶ月)
	人見知り： ヶ月/親への後追い： 歳 ヶ月
	初語(意味のある言葉) : 歳 ヶ月
	健診の有無： 4ヶ月 有・無/10ヶ月 有・無/1才6ヶ月 有・無/2才3ヶ月 有・無/3才児有・無

予防接種	接種した年月日				接種した年月日			
	ヒブ				ロタウイルス			
	小児用肺炎球菌				水痘			
	B型肺炎				おたふく			
	BCG							
	四種混合							
	日本脳炎							
	MR							

これまでの病気	熱性けいれん	ない・初回 歳 ヶ月 最後は 歳 ヶ月 (これまでに 回)						
	喘息	ない・ある 毎日薬を・・・飲んでいる・いない・発作の時のみ						
	喘息様気管支炎	ない・ある 毎日吸入療法・・・している・いない・発作の時のみ						
	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)							
	入院した事	ない・ある (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月)						

常時服用している薬	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等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、くせ等、心配な事、遠慮してほしい事について具体的にお書き下さい。
-----	--