

病児保育室児童票

ふりがな 氏名	男 女	生年月日	H 年 月 日 (歳 ヶ月)					
愛称	平熱	℃	初回利用日	年 月 日				
住所	〒 _____ 自宅から病児保育室までの所要時間 分							
電話番号								
通園施設名			電話					
母親	ふりがな	(歳)	勤務先名					
	氏名		勤務先Tel					
	携帯Tel		勤務先から病児保育室までの所要時間	分				
父親	ふりがな	(歳)	勤務先名					
	氏名		勤務先Tel					
	携帯Tel		勤務先から病児保育室までの所要時間	分				
兄弟姉妹名	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)			
かかりつけ医			電話					
出生・出産	自然分娩 ・ 帝王切開 ・ その他()							
	出生時体重	g	出生時異常	有 ・ 無				
乳幼児期の発達	首のすわり: ヶ月		おすわり: ヶ月		一人歩き: ヶ月			
	栄養法 (母乳 ・ 人工 ・ 混合)							
	離乳食開始時期		前期: ヶ月	中期: ヶ月	後期: ヶ月			
	幼児食: 歳 ヶ月							
初語(意味ある言葉) 歳 ヶ月								
感染症 既往歴	はしか	未・済	おたふく	未・済	突発性発疹	未・済	B型肝炎	未・済
	水ぼうそう	未・済	風疹	未・済	百日咳	未・済	その他	
既往症	病名		年齢		入院			
	1・病名		歳 ヶ月		有 ・ 無			
	2・病名		歳 ヶ月		有 ・ 無			
	3・病名		歳 ヶ月		有 ・ 無			
熱性けいれん	有 ・ 無	回数	回	初回	歳	ヶ月		
				最後	歳	ヶ月		
予防接種	BCG	未・済		ロタ	未・済			
	3種混合(DPT)	一期(1・2・3)・追加		水ぼうそう	未・済			
	ポリオ	未・1回・2回		おたふく	未・済			
	4種混合(DPT-IPV)	一期(1・2・3)・追加		ヒブ	未・済			
	MR	未・済		肺炎球菌	未・済			
	その他							
アレルギー	食物	有 ・ 無 ()						
	その他	食事制限の程度 ()						
薬	常用している薬	無 ・ 有 (具体的に)						
その他	体質(薬物アレルギー等)や、くせや心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい							