

病児保育室 児 童 票					記入日	年	月	日
名 前		姓 別	年 齢		生 年 月 日			
		男・女	歳 月		年 月 日			
愛 称		平 熱		登 録 日	登 録 場 所	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
自宅電話番号			通園施設名					
保護者氏名		続 柄		保護者氏名		続 柄		
携 帯 電 話				携 帯 電 話				
勤務先から病児保育室までの所要時間と交通手段		約 分 ()		勤務先から病児保育室までの所要時間と交通手段		約 分 ()		
兄弟・姉妹(名)		歳(男・女)		兄弟・姉妹(名)		歳(男・女)		
アレルギー		食 物		食事制限の程度				
		そ の 他						
持病の確認		喘 息	てんかん	熱性痙攣(初回 月 日/最終 月 日)		その他()		
常 用 薬				かかりつけ医				
普段の食事量		少・普・多	そ の 他		体質・癖・心配な事・配慮の必要な事柄など、具体的にお書きください。			

出 産	体 重	分 娩		出 生 時 異 常
	g	自然・帝王切開・その他()		無・有()
発達について特筆すべき事項	無・有()			

病 名	予防接種歴	年月(頃)	感染症既往歴	年月(頃)	予 防 接 種 歴	
は し か	未・済	年 月	未・済	年 月	B C G	未・済
お た ん く	未・済	年 月	未・済	年 月	4種混合	1期(1・2・3)・追加
突発性発疹			未・済	年 月	M R	未・済
B型肝炎	未・済	年 月	未・済	年 月	ロ タ	未・済
水ぼうそう	未・済	年 月	未・済	年 月	ヒ プ	未・済
風 疹	未・済	年 月	未・済	年 月	肺炎球菌	未・済
その他	未・済	年 月	未・済	年 月	そ の 他	未・済
その他	未・済	年 月	未・済	年 月	3種混合	1期(1・2・3)・追加
その他	未・済	年 月	未・済	年 月	ポリオ	未・済

既往症	病 名	年 齢		入 院 (医療機関)	
		歳	か月	無・有	
		歳	か月	無・有	

一 利用記録(保育室記入欄) 一

年 月 日()	病 名	病 状・そ の 他	年 月 日()	病 名	病 状・そ の 他
1			8		
2			9		
3			10		
4			11		
5			12		
6			13		
7			14		